إيفا ـ ماريا بيرمان راتيان
يوخن إيكيرت
هانس ـ يوأخيم شفارتس

العلاج النفسي بالمحادثة

التغيير من خلال الفهم

ترجمة

الدكتور سامر جميل رضوان





إيفا - ماريا بيرمان راتيان
يوخن إيكيرت
هانس - يوأخيم شفارتس

العلاج النفسي بالمحادثة

التغيير من خلال الفهم

ترجمة الدكتور سامر جميل رضوان

العنوان الأصلي للكتاب

Gespraechspsychotherapie

Veraenderung durch Verstehen

Eva-Maria Biermann-Ratjen

Jochen Eckert

Hans-Joachim Schwarz

Translator

by

Prof.. Dr. Samer Rudwan

Clinical Psychologist

Psychotherapist

ترجمة الدكتور سامر جميل رضوان

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي

كلية التربية جامعة دمشق

هذا الكتاب

يعد هذا الكتاب الأول من نوعه الذي يتعرض باللغة العربية
إلى طبيعة المعالجة النفسية بالمحادثة
(المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج)
كطريقة علاجية نفسية محاولاً تخليصها من
سوء الفهم والغموض والآراء التي لا علاقة لها
بالمعالجة النفسية بالمحادثة.
المعالجة النفسية بالمحادثة عبارة عن تغير
من خلال الفهم . ويظهر هذا الكتاب أن المتعالج لا يعتبر
شافياً إلاّ عندما يستطيع أن يقيم العلاقة مع نفسه، التي
يقدمها له المعالج النفسي بالمحادثة كعرض علاقة علاجية .
ويرى الكتاب أن الصعوبات التي تنجم في العلاج لا تستدعي
التخلي عن التصور العلاجي النفسي بالمحادثة أو تعديل هذا التصور.
وعلى هذه الخلفية يقوم الكتاب :

- بإعادة تفسير نتائج الدراسات المتوفرة؛
- بمقارنة عرض العلاقة التي يعرضها المعالج النفسي في المعالجة النفسية بالمحادثة على المتعالج مع عرض علاقة المحلل النفسي والمعالج السلوكي؛
- بمعالجة مسألة الاستطباب
- بإيضاح حدود المعالجة النفسية بالمحادثة التي تميزها عن الأشكال الأخرى من العلاقات المُساعِدة.

فهرس المحتويات

٣- مقارنـة المعالجـة النفسية بالمحادثـة و التحليـل النفسي مـن منظـور التحليـل النفسي

٤- مقارنة وجهة النظر التوجيهية للمعالجة السلوكية مع المعالجة النفسية بالمحادثة اللاتوجيهية.

٥- مقارنة متغيرات المعالج في المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية

٦- مناقشة ما يسمى بمبدأ الاستطباب التفريقي

الفصل الرابع

وصف العرض العلاجي باعتباره عرض علاقة

١- التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية مع المراعاة الخاصة للإطار المرجعي الداخلي

٢- الأصالة والتقدير كمساعدين في الفهم

الفصل الخامس

التأثيرات (الاستطبابات) والتنبؤ

حول ضرورة مسألة الاستطباب

استطباب المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة

مبادئ الاستطباب في المعالجة النفسية بالمحادثة

١- أفكار وأبحاث حول التنبؤ بفاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة

٢- الاستطباب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة على خلفية ما يسمى بنماذج الاستطباب

الاستطباب في الممارسة العملية

الفصل السادس

التصور المتمركز حول المتعالج في الخدمة الاجتماعية

جاذبية التصور المتمركز حول المتعالج بالنسبة للعامل في الخدمة الاجتماعية والتربية الاجتماعية

حول الفرق بين الإرشاد والمعالجة النفسية

حول قابلية التصور العلاجي النفسي بالمحادثة للاستخدام الخدمة الاجتماعية

مقدمة المترجم

تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة أو المعالجة المتمركزة حول الشخص من الأساليب العلاجية النفسية الواسعة الانتشار في العالم، ليس في المجال العيادي فحسب، وإنما في كل مكان يتعلق الأمر فيه بالتعامل مع الناس. وهي من الاتجاهات الإنسانية التي تحترم إنسانية الإنسان وحريته في اتخاذ القرار وتؤمن أن الإنسان خيِّر بطبيعته ويملك في ذاته القدرات اللازمة للتفتح والتطور إذا أتيحت له إمكانية اكتشاف هذه القدرات بنفسه. وقد شهدت هذه الطريقة منذ صياغتها على يد كارل روجرز قي أربعينيات هذا القرن تطويرات متنوعة من الناحية المفاهيمية و الطرائقية وخصوصاً في ألمانيا، غير أنها للأسف لم تلق في الوطن العربي الانتشار المهني (والشعبي) الكافي لها كالتحليل النفسي والمعالجة السلوكية وبقيت محصورة في جانب التدريس الأكاديمي تعرض كطريقة علاجية ضمن الطرق الأخرى بأسلوب لا يخلو أحياناً من التبسيط الغامض لمفهوم " المتمركز حول المتعالج أو الشخص ".

وفي الواقع أنه كان من الممكن لنا أن نعدد الأسباب الكامنة وراء عدم انتشار المعالجة النفسية بالمحادثة في الوطن العربي لو كان حال العلاج النفسي في طرقه المختلفة بحالة جيدة. إلاّ أن الأمر ليس كذلك. فالعلاج النفسي في أي مجتمع من المجتمعات يحتاج إلى نوعية خاصة من تطور الوعي الفردي والاجتماعي الذي يدرك أن العلاج النفسي بأساليبه المختلفة يشكل طريقة من طرق علاج الاضطرابات والمشكلات النفسية وأنه يمكن أن يوفر عليهم الأموال والمعاناة وهو ليس ترفاً بأي شكل من الأشكال وأن من يقوم به هو شخص متخصص في أحد أشكال المعالجة النفسية وأن للاضطرابات المختلفة أشكال متنوعة من المعالجة النفسية.

وبدلاً من ذلك نورد لمحة حول موقع العلاج النفسي بالمحادثة ضمن الأشكال العلاجية المختلفة.

على الرغم من أنه بشكل عام يتم استخدام مصطلح علم النفس الإنساني وبالتالي الانطلاق ضمنياً من موقع علمي موحد ومتكامل، فإنه من الأفضل الحديث عن مبادئ ذات توجه إنساني في مجال علم النفس، ذلك أنه حتى الآن لا يوجد تصور موحد. وتقوم هذه المبادئ على عدد كبير من العناصر المختلفة. فإلى جانب الشروط الاجتماعية لنشوئها قبل أكثر من نصف قرن تأثرت هذه المبادئ بالفلسفة الوجودية وطرقها العلمية والظواهرية. بالإضافة إلى ذلك تطورت بعض المبادئ المتفرقة التي تجمع تحت المفهوم العام علم النفس الإنساني باعتبارها قوة ثالثة من الانتقاد الموجه للتحليل النفسي والسلوكية، وهما الاتجاهان اللذان كانا سائدان في علم النفس في ذلك الوقت بتصورهما حول الإنسان وفهمهما الوضعي positivistic[1] وأسلوب تفكيرهما الذي يشبه أسلوب تفكير العلوم الطبيعية. كلا الاتجاهان من التفكير فهما الإنسان إما على أنه مخلوق مسير بعوامل داخلية، أي دافعية (التحليل النفسي) أو خارجية، أي مُشكّلة للسلوك (السلوكية). بالمقابل قدمت المبادئ ذات الاتجاه الإنساني "كالاستقلالية و الاعتماد الاجتماعي social Interdependence "، و "القصدية Intentionality و اتجاه المعنى"، و "تحقيق الذات" و "الكلانية و التكامل أو الاتساق integrity ".

وحتى المعالجة النفسية بالمحادثة (المعالجة المتمركزة حول المتعالج) تنتمي للمبادئ ذات الاتجاه الإنساني في علم النفس وتعد إلى جانب العلاج الجشطالطي الذي أسسه بيرلز F. Perls و السيكودراما لمورينو J.

---

[1] الفلسفة الوضعية، فلسفة أوغست كونت الـ تعـ بالوقائع والظواهر اليقينية فحسب مهملة كل تفكـ ـريدي الأسباب ا طلقة.

و العلاج بالمعنى Moreno و الطاقة الحيوية للوفن A. Loven Logotherapie لفرانكل V. Frankel و تصور التفاعل المتمركز حول الموضوع Concept of subject centered Interaction لكوهين R. Cohen من أهم المبادئ التي تمثل الاتجاهات الإنسانية. وقد تم أخذ هذا التنوع في المبدأ الذي نعرض له هنا بعين الاعتبار من خلال محاولتنا دمج طرق الأشكال العلاجية ذات التوجه الإنساني الأخرى على أساس تصور العلاج النفسي بالمحادثة، الأمر الذي يقود بالتالي إلى توسيع ذخيرة التصرف العلاجي.

يتصف تصور العلاج النفسي بالمحادثة بأنه يضع التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي بين المعالج والمتعالج في مركز اهتمامه. ويسعى إلى تمكين المتعالج من تعديل أسلوب سلوكه وخبرته، وتنمية نفسه بحيث يستطيع التعامل بشكل أفضل مع مشكلاته الراهنة واللاحقة بطريقة أكثر اتساقاً. يقول روجرز في هذا السياق:"العلاج النفسي بالمحادثة عبارة عن شكل منهجي وانتقائي ومؤهل من التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي بين شخصين أو أكثر –المعالج والمتعالج- بهدف تخفيض الضرر النفسي الذي يحسه المتعالج من خلال توجه جديد للمتعالج في خبرتنه وسلوكه يظهر على شكل إدراك للذات والمحيط أكثر تمايزاً.

لقد قام كارل روجرز بتطوير العلاج النفسي بالمحادثة في البداية وعدله باستمرار وتم توسيعه من باحثين آخرين فيما بعد. ففي أربعينيات القرن العشرين أطلق عليه كارل روجرز تسمية الإرشاد غير المباشر حيث كان هدفه الأساسي تقديم موقف (جو) للمتعالج يشعر فيه بالأمان والطمأنينة ويستطيع فيه جمع خبراته الخاصة واتخاذ قراراته. وبالتالي ينبغي لتدخلات المعالج ألا تكون

مباشرة وخالية من أي إلحاح. وهنا لا يعني السلوك غير المباشر أنه لا يمكن للمعالج أن يطبق تأثيرات علاجية، بل المقصود هنا أن المعالج لا يقدم من جانبه للمتعالج –على عكس التحليل النفسي- تفسيراً سببياً خطياً للعلاقة القائمة بين الأسباب والنتائج، الذي يمكن أن يعيق مساعيه نحو التفتح والتحرر منذ البداية بصورة قطعية.

وفي خمسينيات وستينيات القرن العشرين قام كارل روجرز بتوسيع هذا المبدأ وأطلق عليه العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج. وفي هذه المرحلة أصبح الهدف مواجهة المتعالج مع عالم مشاعره. وتتمثل مهمة المعالج هنا في مساعدة المتعالج للوصول إلى درجة مرتفعة من إدراك الذات والتعبير عن عالم مشاعره. ومن أجل تحقيق هذا الغرض اعتبر تحقيق ما يسمى بالمتغيرات الثلاثة الأساسية المتمثلة في الأصالة والتقبل والتعاطف من قبل المعالج الشروط اللازمة والكافية. وفي هذه الأثناء جرت في المحيط الناطق بالألمانية بطريقة تقنية محاولات لجعل المتغيرة الأساس "التعاطف" إجرائية وقابلة للتعلم كون هذه المتغيرة ليست إلا "التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية" وقابلة للاختبار.

أما في ستينيات وسبعينيات هذا القرن فقد تم توسيع نموذج العلاج المتمركز حول المتعالج، الذي يسمى في المحيط الناطق الألمانية العلاج النفسي المحادثة من قبل غيندلاين E.T.Gendlin. وأصبحت نقطة تمركز التدخلات العلاجية على تنمية الاتصال المكثف بين المعالج والمتعالج، وبشكل خاص بين المتعالج ونفسه، أي تنمية مشاعره وإدراكاته وعدم جعلها تنهار. ومن أجل تحقيق هذا الغرض تم إدخال أشكال تدخل منمية للخبرة مثل "الاختبار" Experiencing و "البوءَرة" (التبئير) Focusing إلى النموذج.

وانطلاقاً من الشك الذي ظهر في سبعينيات القرن العشرين حول فيما إذا كان يمكن اعتبار أن تحقيق المتغيرات الثلاث الأساسية من خلال المعالج يعد بحق ضرورياً وكافياً من أجل نجاح العملية العلاجية، تجري منذ ذلك الحين محاولات لتعويض القصور المفترض في العلاج النفسي المتمركز حول المتعالج من خلال تبني ودمج عدد كبير من المبادئ وتقنيات التدخل من الأشكال العلاجية الأخرى. وعليه فقد جرت على سبيل المثال محاولات لإدخال مبادئ استعرافية واستعرافية انفعالية مبادئ من نظرية الفعل action-theoretical.

والمترجم كونه متخصصاً في هذا الشكل من أشكال المعالجة النفسية يأمل أن يكون قد أضاف لبنة متواضعة في مجال المساعدة النفسية تاركاً للقارئ (المتخصص) الحكم على مدى الإسهام الذي تقدمه هذه الترجمة.

عبري ٢٠٠١، سلطنة عمان

Srudwan@hotmail.com

مـــــدخـل

إذا اعتبرنـا أن بدايـة المعالجـة النفسية بالمحادثـة هـي العـام ١٩٤٢، سـنة صـدور كتـاب الإرشـاد والعـلاج النفسـي Counseling and Psychotherapy لكارل روجرز، فهناك جيل بين الصياغة الأولى واليوم.

وخـلال هذا الوقت تجمعت الكثيـر مـن الحقـائق التجريبيـة والخبـرات سـواء فـي العلاج النفسي بالمحادثة أم خارجه حيث تحاول الكثير من الأشكال الأخرى من العلاج النفسي الاستقرار،

نظريةً وممارسةً، إلى جانب التحليل النفسي التقليدي.

وتحت تأثير هذا التطور نريد محاولة إعادة مناقشة المعالجة النفسية بالمحادثة في إمكاناتها وحدودها وبصورة خاصة في بديهيتها.

وإعادة النظر فـي بديهيـة المعالجـة النفسية بالمحادثـة تبدو لنـا ضـرورية، ذلك أن المعالجة النفسية بالمحادثة قد امتدت إلى أبعد من إطـار الإرشـاد والعـلاج النفسي بالمعنى الضيق. حتى أنه يمكن القول أن تأثيرها ضئيل جدا في مجـال علم الـنفس العيادي مقارنة بالقيمة التي اكتسبتها بعض مبادئ المعالجة النفسية بالمحادثـة فـي التربية والخدمة الاجتماعيـة وبعض مجـالات الـوعظ الـديني. ففـي هذه المجـالات تعتبـر المعالجـة النفسية بالمحادثـة بأنهـا نـوع من حكمـة الحيـاة، التـي تتحـدد فـي جوهرها من خلال كونهـا ((علاقـة مـساعدة بـشكل عـام)) بـل وحتـى الادعـاء بـأن العلاقـات القائمـة وفـق نمـط المعالجـة النفـسية بالمحادثـة تحـدد ((شـكل التعامـل الإنسانـي)).

و يعني هذا التطور بالنسبة لبديهية المعالجة النفسية بالمحادثة الأمور التالية:

- اعتبرت المعالجة النفسية بالمحادثة في بادئ الأمر بأنها عرض علاقة على متعالج ما يكون موجوداً في حالة من اللانسجام (عدم الانسجام) ولا بد له أن يقوم بخبرات مُغيِّرة تصحيحية من خلا ل معالجة نفسية ((Rogers, 1957 .
- بعد ذلك فهمت المعالجة النفسية بالمحادثة باطراد على أنها ***إمكانية*** لمساعدة إنسان ما في نمو شخصيته. وطبقا لذلك تحول المعالج إلى ((مساعد)) والمتعالج إلى ((شخص)). وهنا كان من المنطقي أن تتغير التسمية من المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج إلى المعالجة النفسية المتمركزة حول الشخص. ومنذ ذلك الحين لم يعد الطريق بعيدا عن التأمل الفلسفي حول السلوك الإنساني عموماً، أي اعتبار السلوك العلاجي بالمحادثة نوعية إنسانية حيث انزلقت حقيقة كون المعالجة النفسية بالمحادثة شكلاً من أشكال العلاج في طي النسيان تقريباً. وقد تعلق ذلك أيضاً بأنه غالباً ما قد تم عرض العلاج النفسي بالمحادثة وكأنه ((تقنية)) لإقامة علاقة إنسانية ((طيبة)) يمكنها أن تقدم السماد اللازم لأشكال أخرى من التأثيرات العلاجية.

عندما قدم فان كيسيل في عام ٤٧٩١ في المؤتمر العالمي الأول للمعالجة النفسية بالمحادثة الذي عقد في فورتسبورغ اقتراحا يتمثل في عرض المعالجة النفسية بالمحادثة في مفاهيم تفاعلية، أي وصفها من خلال مفاهيم منظري التواصل، أي ما هو نوع عرض العلاقة التي يقدمها المعالج النفسي إلى المتعالج - بغض النظر عن المتعالج نفسه - وكيف يتمثل المتعالج عندئذ هذا العرض بحد ذاته، شكك كثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة بخوف، بأن فان كيسيل يفكر بنوع جديد من العلاج. وعلى ما يبدو فقد نسي هؤلاء بأن عرض علاقة المعالج النفسي بالمحادثة على متعالجه هو عرض علاقة محدد لا يهدف إلاّ إلى أن يخرج المتعالج من العلاج النفسي بشكل أكثر صحة مما دخل وأنه لا يتعلق الأمر على الإطلاق بعرض مخلوق إنساني على مخلوق آخر

بالإضافة إلى ذلك إننا نرى أن إعادة التفكير ببديهية المعالجة النفسية بالمحادثة مهمة لسبب آخر أيضاً. ففي سياق نمو المعالجة النفسية بالمحادثة من المجال العيادي الضيق تعزز كذلك الميل إلى التدرب على أنماط سلوك المعالج النفسي بالمحادثة إما ((كتقنية)) تستخدم منفصلة عن الأهداف العلاجية في أشكال

التواصل الإنساني[٢] من ناحية، و من ناحية أخرى أسيء فهم هذه الأنماط من السلوك باعتبارها سمات طبع إيجابية ينبغي على كل مساعد يسعى إلى تفتح شخصية إنسان آخر امتلاكها.

- وعلى خلفية هذا النمو المتنوع الطموح نريد إثارة إعادة التفكير في أسس المعالجة النفسية بالمحادثة وربما في تحديد جديد لها في ضوء التطورات والمعارف الجديدة، على خلفية ممارسة عملية طويلة في التعامل العلاجي النفسي بالمحادثة مع مرضى عياديين.

[٢] تكثر ((الروجزة)) و ((التوشنة)) أو حـ ((ا نسلة)) كل ا واقف العلاجية ا مكنة ال ليس ا أية علاقة با واقف العلاجية وينبغي أيضاً ألاّ يكون ا علاقة أصلاً. (الروجزة: نسبة إ روجرز، والتوشنة: نسبة إ تاوش وا نسلة: نسبة إ مينسيل).

الفصل الأول

عرض العلاقة من قبل المعالج النفسي بالمحادثة على المتعالج

(مشروع لعلاقة المعالج النفسي بالمحادثة)

١. الشروط الضرورية والكافية للسيرورة العلاجية النفسية

كان كارل روجرز قد وصف في عام ١٩٥٧ ((الشروط الضرورية والكافية لتعديل الشخصية من خلال المعالجة النفسية)) وحاول في هذا الموضوع اشتقاق مبادئ محادثة علاجية نفسية متخصصة من الخبرات التي جمعها في سنوات التعامل العلاجي النفسي مع الناس الذين كانوا يحتاجون للمساعدة العلاجية النفسية. وانصب اهتمامه هنا على تحديد الشروط النفسية التي يمكن تحديدها وقياسها بوضوح والتي تحتوي على الشروط الضرورية والكافية للتعديل البنّاء للشخصية من خلال المعالجة النفسية. ويقصد بالتعديل البناء للشخصية ما يفهمه بصورة مشتركة العياديون وكما عبر روجرز عن ذلك التكامل الأفضل والصراعات الداخلية الأقل وتحرير القوى من أجل استخدامها في بناء حياة مقبولة وناجحة وتعديل السلوك باتجاه أنماط من السلوك تعتبر عموماً أكثر نجاحاً.

وقد حدد روجرز ستة شروط ينبغي توافرها وأن تكون مستقرة لفترة زمنية معيّنة، إذا كان لابد من التعديل البّناء للشخصية في معالجة نفسية. وتتمثل هذه الشروط في:

١- يقيم شخصان اتصالاً نفسياً، أي يقيمان علاقة مع بعضهما بعضا: إنهما يعنيان شيئا لبعضهما ويستجيبان لبعضهما ويهتمان ببعضهما.

<< Each makes some perceived difference in the experiential field of the other>>
Rogers, 1957: 96

وهذا ((الاهتمام بالآخر)) ليس بالضرورة أن يكون شعوريا أو ليس شرطا أن يدرك أحدهما الأهمية التي يمكن أن يملكها للآخر إلاّ أن العلاقة يجب أن تكون موجودة.

٢-أحدهما متعالج غير متوافق مع نفسه، مجروح وقلق، مشغول بخبرة أو إحساس ما، غير متوافق مع مفهوم ذاته. ويفترض روجرز أن كل إنسان يملك تصوراً عن الخبرات الذاتية وخبرات المحيط التي تناسبه أو التي لا تلائمه ؛ إنه يشير إلى حالة يحدث فيها شيء ما للإنسان يراه غير متوافق مع صورته الذاتية، أي يشير إلى حالة من التنافر. وعندما يكون المتعالج غير مدرك لهذا التنافر أو عدم التوافق مع ذاته فإنه يكون معرضاً للإصابة، أما عندما يشعر بهذا التنافر أو عدم التوافق فإنه يكون في حالة من التوتر المعروف على أنه قلق.

٣-الشخص الآخر هو المعالج المنسجم والمتكامل مع نفسه فيما يتعلق بالعلاقة مع المتعالج، وهذا يعني أن عليه أن يكون منسجماً في هذه العلاقة، أن يكون هو نفسه، وخبرته الواقعية يجب أن تكون منسجمة مع ما يستطيع توقعه وإدراكه من خبرته طبقا لمفهومه عن ذاته ؛ أي عليه أن يستطيع السماح لنفسه بجعل خبرته الكلية شعورية في العلاقة بالمتعالج ...، أما العكس فيمكن أن يكون ((واجهة face)) شعورية أو لا شعورية. والانسجام يجب ألاّ يقدم للمتعالج باستمرار، عليه أن يكون موجوداً ولكن ليس دائما أو بشكل زائد عن الحد، بل يجب أن يكون قابلاً لأن ينشأ في لحظة التواصل المباشر مع المتعالج، وخصوصا عندما يمتلك المعالج مشاعر لا يستطيع الافتراض عنها بأنها ملائمة للمتعالج ولنموه. على المعالج أن يتمكن من امتلاك هذه المشاعر أيضاً، إلاّ أنه لا يجوز له أن يكون مجبرا على إبقائها بعيداً عن شعوره، الأمر الذي لا يعني أيضاً أنه عليه أن يخبرها للمتعالج في كل الأحوال.

٤-يعيش المعالج ذاته كشخص مهتم بالمتعالج بدون شروط

<< the therapist unconditional positive regard for the client>> Rogers, 1957:96 experiences

. ويتحقق هذا الشرط عندما يستنتج المعالج أنه يستطيع تقبل كل خبرات المتعالج لأنها جزء من هذا الإنسان بحيث أنه لا يستطيع التفكير على نحو: ((أنا أقبلك فقط عندما تكون على هذه الصورة وليس شيئا آخر)). أما العكس فيمكن أن يكون ((في هذه النقطة أجدك جيداً وفي تلك لا أجدك كذلك، أنك تحسن صنعاً بأن تكون على الشكل الذي أجدك فيه طيباً)). وهذا الاستعداد للتقبل غير المشروط يجب ألاّ يكون نابعاً من حاجة لدى المعالج، أي أن التقبل يجب ألاّ يأتي من أن المعالج يحب متعالجه بالفعل. ويحدد روجرز بوضوح أن شرط ((الاهتمام الإيجابي غير المشروط unconditional positive regard)) يمكن اعتباره محققا فقط عندما يظهر الأثر الذي يجب أن يحققه هذا الشرط، ألا وهو بأن يشعر المتعالج من خلال الموقف الذي يمثله المعالج تجاهه بأنه مُشَجَع على التفكير بذاته بعمق والاهتمام بخبراته الذاتية ((وليس الاهتمام بعلاقة جيدة)) مع المعالج)) وهذا يعني أنه يمكن اعتبار أن الشرط قد تحقق، عندما يكون المتعالج قادراً كشخص مستقل ومنفصل عن المتعالج بوضوح على تقصي وجود مشاعره الذاتية مهما كان الاتجاه دون أن ينظر إلى أنه معرض لخطر فقدان اهتمام المعالج غير المشروط. ويؤكد روجرز بوضوح بأن هذا التقبل غير المشروط للمتعالج مهما فعل هو هدف طبعاً، يُطمح إليه دائماً، إلاّ أنه غير قابل للتحقق إلاّ من الناحية النظرية فقط <<would never exist in theory>> Rogers, 1957:98

٥- يخبر المعالج عن طريق التعاطف Empathy المرجعية الداخلية للمتعالج ويسعى

إلى إيصال الخبرات التي جمعها للمتعالج من خلال هذا الطريق.

٦- يجب أن يصل للمتعالج - على الأقل بين الحين والآخر - ما استطاع المعالج فهمه وما يمكن أن يقبله بدون شرط. إن تعاطف المعالج يجب أن يقود إلى الفهم الدقيق لما يدركه المتعالج من خبراته الخاصة إلى درجة وكأن الأمر يتعلق بخبرات المعالج الذاتية. ويجب أن يكون التعاطف مترافقاً بالشعور بأن هذه الخبرات هي ليست خبرات المعالج الذاتية وإنما هي خبرات شخص آخر. فإذا فقد هذا الشعور عندئذ تصبح مشاعر المتعالج نفسها مشاعر المعالج الخاصة.

ويرى روجرز أنه بالذات عندما يتعلق الأمر بمشاعر مبلبلة عند المتعالج يجب أن يسهم تعاطف المعالج في التفسير وأن المشاركة في خبرة المشاعر ليست هي المقصودة هنا، فتقاسم البلبلة ليست تعاطفاً.

وطبقا لهذه الاعتبارات يوضح المعالج النفسي بالمحادثة للمتعالج مشروع عرض العلاقة العلاجية قبل بدء المعالجة على النحو التالي تقريباً:

((أعرض عليك الحديث معي بحرية وبصراحة حول كل شيء يشغلك ويرهقك. بل أنت الذي تحدد عما ستتحدث عنه. سوف أسعى لمساعدتك من خلال أنني سوف أقول لك دائما ماذا فهمت مما تقوله. لن أعطيك نصائح وتوجيهات. لقد علمتنا خبرتنا أن الإنسان يصبح أكثر هدوءاً واستقرارا من خلال تلك المحادثات، حتى لو كان ذلك ليس مباشرة ودائماً، وأنه عادة كلما كانت المشكلات أوضح وأجلى كان العثور على إمكانات وطرق لحلها أسرع)).

ويتضح في فرضيات وشروحات كارل روجرز التأكيد على الطبيعة التفاعلية للمعالجة: فالمعالجة النفسية بالمحادثة هي معالجة تشترط على الأقل قيام علاقة بين المعالج و المتعالج ؛ ويصف الكيفية التي يجب أن تتطور العلاقة وفقها كي تكون فعّالة علاجياً: تتوفر العلاقة الفعّالة علاجياً عندما يتمكن المعالج من أن

يكون متعاطفاً ومنسجماً مع متعالجه ومحترماً له في علاقته معه وعندما يتمكن المتعالج من إدراك وتقبل مشروع العلاقة أيضاً.

وقبل أن نصف شكل وشروط هذه العلاقة في المقطع اللاحق نود توسيع الفرضيات المذكورة من قبل روجرز ونريد التمييز بين العلاقة بالمعنى العام والعلاقة بالمعنى العلاجي أو مشروع العلاقة كما تقوم به المعالجة النفسية بالمحادثة:

نتحدث عن *علاقة بالمعنى العام* عندما يتوفر شكل من أشكال الاتصال؛ يستجيب فيه شخصان إلى بعضهما انفعالياً، ويسعى كل واحد منهما من خلال هذا الاتصال إلى حالات محددة من المشاعر، حيث يتعلق تحقيق هذا الهدف بمشاعر الآخر.

ونقصد *بالعلاقة العلاجية* رابطة عمل بين متعالج ومعالج، أي أن هدف المعالج هو إقامة علاقة علاجية فقط بالمعنى التحديدي. ولا يسعى المعالج في المعالجة (وقدر الإمكان في المعالجة فقط) إلى أي هدف انفعالي غير أن يكون متعاطفاً ومنسجماً ومتقبلاً، ليس بصورة مزمنة، وإنما في المواقف الملموسة مع المتعالج المحدد. وبالتالي فإن المعالج يستهدف وظيفة ما من خلال سعيه إلى إقامة حالة انفعالية ((للمعالج الطيب)) والحفاظ عليها. وفي السعي من أجل هذه الوظيفة يكون المعالج متعلقاً بالمتعالج بأكثر من وجه.

فمن خلال ما يقوله ويفعله المتعالج يثير ردود الأفعال التعاطفية و المنسجمة والمتقبلة لدى المعالج إلاّ أنه في الوقت نفسه يثير كذلك عدم الفهم والرفض. بالإضافة إلى أن المتعالج هو الذي يحدد فيما إذا كانت تعابير المعالج قد فهمت على أنها تعاطفية ومنسجمة ومتقبلة، عندما تكون بالفعل هكذا، أو أنها لم تفهم هكذا على الرغم من أنها كذلك.

وقبل كل شيء يتعلق الأمر بالمتعالج فيما إذا كان يتحمل ويتقبل مشروع العلاقة التعاطفية والمنسجمة والمتقبلة. ومن جهته يستجيب المعالج إلى كل هذه التحديدات من المتعالج على أنها إغراءات للمعالج، تصعِب عليه البقاء متعاطفاً ومنسجماً ومتقبلاً بدون حدود. إن نجاح العلاقة العلاجية في السيرورة العلاجية ليس بالضرورة أن يكون هو المبدأ العلاجي بل ينبغي للمبدأ العلاجي أن يتمثل في السعي الدائم والفعّال للمعالج من أجل العلاقة العلاجية. إننا نفترض أنه عندما يكون بإمكان المعالج تحقيق الوظيفة العلاجية بدون أن تعترضها إغراءات فإنه يمكن اعتبارها قد اكتملت. وفي الواقع فإن المتعالج يستطيع جعل المعالج يقترب منه عندما يتمكن من إقامة العلاقة التي عرضها عليه المعالج مع نفسه أولاً. ومن هذه الزاوية تختلف العلاقة العلاجية عن العلاقة ((العادية)) أيضاً: فهي تنتهي في اللحظة التي تستطيع أن تكون فيها كما يجب لها أن تكون. فموضوع المعالجة هو من هذه الناحية ليس غير العمل في مسألة ما الذي يمنع المتعالج من إقامة مثل هذه العلاقة التي يعرضها المعالج عليه علاقة مع ذاته ؟.

وسوف نبرهن هذه الفرضية بصورة مفصلة لاحقا، أما في هذا المقام فنريد أن نبين أننا نعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة خبرة علاقة تصحيحية. وإذا تم التصحيح أي إذا تمكن المتعالج في الحالة المثالية إيجاد العلاقة مع ذاته كما يقدمها له المعالج عندئذ تكون العلاقة قد انتهت.

٢. تعريف مشروع العلاقة من خلال صياغة الشروط العلاجية

يتصف مشروع العلاقة الذي يقدمه المعالج النفسي بالمحادثة بثلاث سمات:

- التعاطف empathy

- التقدير غير المشروط
- الانسجام congruence

وغالباً ما تطلق في المراجع على سمات العلاقة هذه بين المعالج و المتعالج تسمية المتغيرات الأساسية، أو سمات المعالج؛ وهناك تسميات مختلفة لهذه السمات إلى حد ما.

التعاطف (التفهم) empathy

وتطلق على هذا المظهر من العلاقة العلاجية في المراجع المتحدثة بالألمانية مفاهيم مثل ((وصف محتويات الخبرة الانفعالية Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte)) (تاوش ١٩٣٧). أو ((ترجمة المشاعر أو التعبير عنها Reflexion of feeling)) (مينزل و لانغر، ١٩٦٤) ((التفهم المتعاطف empathical understanding)). وقد عرَف روجرز التعاطف على النحو التالي: ((تتكون حالة التفهم أو التعاطف من الإدراك الدقيق للإطار المرجعي الداخلي للآخر بما في ذلك المركبات والمعاني الانفعالية التابعة لذلك، وكأن المرء هو الآخر ولكن بدون التخلي عن حالة (وكأن). في هذا المعنى يعني ذلك الإحساس بألم أو بفرح الآخر، كما يشعر به هو، وإدراك أسبابه كما يدركه هو ولكن بدون أن ينسى المعالج: وكأنني أنا المجروح أو الفرحان.....الخ.... وعندما تضيع سمة (وكأن) يتحول الأمر إلى حالة التماهي)) ولا تعود حالة تعاطف.

وفي مقالة لاحقة يعطي روجرز تعريفا موسعاً للتعاطف. وقد حاول هنا بالاستناد إلى تصور الخبرةexperiencing-concept لغيندلاين ١٩٦٢ وصف الأساس الذي يقوم عليه التعاطف بصورة أكثر دقة، حيث يؤكد فيه على الطبيعة السيرورية للتعاطف، أي على وضع أن التعاطف هو سيرورة ديناميكية متبادلة: ((تمتلك

إمكانيـة اللقـاء بـشخص آخر، والمسماة بالمتعاطفـة - المتفهمـة عدة مظـاهر. إنهـا تعني الدخول إلـى عـالم الإدراك الشخصـي للآخـر والاستقرار فـي هذا العـالم. إنهـا تحتـوي كـل لحظـة مـن التحـسس لمعـاني المـشاعر المتبدلـة التـي تعـصف فـي هـذا الآخر، القلق، الغضب، الحنـان أو البلبلـة أو أيـة حالـة مـن الخبـرة التـي يعيشها أو (تعيشها) فـي اللحظـة الراهنـة. إنهـا تعنـي العيش فـي حياتـه مؤقتـاً والـدخول فيهـا والتحرك بدون أحكام وإشباع معاني المشاعر التي قلما يشعر بها هو، ولكن عدم المحاولـة هنـا إزاحـة الـستار عـن المـشاعر التـي هـي بالنـسبة لـه لاشـعورية علـى الإطـلاق، إذ أن ذلـك سـيكون مهـدداً. يتـضمن التعـاطف مـشاركة مـشاعرك بعـالم خبرته، لأنك تنظر بصورة غير منحـازة وغير خـائف للعناصـر التـي يقف الآخـر تجاهها مرتعبا. وذلك يعني الاختبار المنتظم معه لدقـة إدراكـات حسك وأن تنساب مع الإجابات التي تحصل عليها. إنك رفيق حميم بالنسبة للآخر في عالمـه الـداخلي. وعندما تظهر لـه *أهمية المشاعر* في تيار خبرته فإنك بذلك تساعده على تمثل هذه العلاقـة القيمـة فـي الخبـرة الداخليـة وأن يخبـر معـاني المـشاعر المرتبطـة بـالخبرة بصورة أفضل وأن يستمر في خبرته. أن تكون مع إنسان آخر بهذه الطريقـة يعنـي أنك ترمي في هذه اللحظة طريقة رؤيتك ومعايير قيمك التي تتمسك بها أنـت جانبـاً من أجل الدخول في عالم خبرة الآخر بـدون أحكـام مسبقة. وهذا يعنـي إلـى حد مـا أنك تتراجع أنت نفسك. وهذا ما يستطيعه فقط شخص مستقر كفاية لأنه يعرف بأنه لن يفقد نفسه في عالم خبرة الآخر الـذي يمكن أن يبـدو غريبـاً وشـاذاً وأنـه يـستطيع آن يرجع إلى عالمه الذاتي متى أراد بدون صعوبات)).

ولا يتحـدث روجـرز هنـا عـن مجـرد المـشاعر وإنمـا عـن عـالم الإدراك الشخـصي للمتعالج الذي تمتلك فيه المشاعر مغزىً ويمكن تقييمها والسماح لها كثيراً أو قليلاً - وكما نرغب أن نظيف كذلك - الذي يمكن إثارة المشاعر فيه أيضاً.

ويستند روجرز هنا بصورة أساسية إلى غيندلاين (Gendlin,1962) الذي عرض بينزه (1977) وبومرت ودالهوف (١٩٧٨) نظريته بشكل مفصل في اللغة الألمانية. ويرى بينزه أن غيندلاين يعتبر التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية بأنه إمكانية ترميز الخبرات الذاتية، أي تحقيق الذات Self-actualization. و يعني ترميز الخبرات الداخلية كل شكل يمكن الاستناد فيه إلى الخبرة الذاتية ويمكن أن تدرك فيه ويعبر عنها وتستعمل وبهذا أيضاً يمكن أن يتحدث بها. وينظر للفرد هنا بأنه يسعى بشكل نشط نحو سيرورة الترميز هذه وعلى المعالج أن يدعم هذا السعي النشط. ويؤكد غيندلاين أكثر من روجرز على أنه يجب فهم السلوك القاعدي العلاجي (التعاطف والانسجام والتقدير غير المشروط) بشكل مترابط، أي أن هذا السلوك القاعدي يجب أن يضع المتعالج في حالة يتمكن فيها من ترميز سيرورة المشاعر التي تعتمل في داخله بصورة أكثر. ويتصور غيندلاين ذلك عملياً على الصورة التالية:

هناك حوادث نفسية معينة قابلة للإدراك داخليا وقابلة للإحساس بها جسدياً أيضاً. هذا السيل من الإحساس والشعور يعتبره ((مادة)) الشخصية ويسميه الخبرة experiencing. ويستطيع الفرد التركيز على هذه المشاعر الداخلية في كل لحظة. وتطلق على هذه الإمكانية من الانعطاف المباشر إلى المشاعر الداخلية إمكانية ((الاتصال المباشر direct referent)).

ويطلق غيندلاين ((البوْئَرَة Focusing)) على العملية التي تحدث عندما ينعطف الفرد مباشرة

((الاتصال المباشر)) إلى خبرته الداخلية. فإذا تحقق في أثناء ذلك ترميز محتوى المعنى الذي تملكه الخبرة الداخلية، فإن السيرورة العضوية ـ كما يعبر غيندلاين ـ

تكون قد خطت خطوة للأمام، أما روجرز فإنه كان ليقول أن تحقيق الذات قد حدث.

ويؤكد غيندلاين أن الاتصال المباشر أو الترميز الناتج يترافقان بهبوط التوتر المحسوس جسديا الذي يمهد للنمو unfolding أي يمهد بشكل أكثر كثافة لمواصلة الاهتمام بالخبرة الداخلية الذاتية. بالإضافة إلى ذلك يؤكد غيندلاين على أن ما يشغلنا ليس الانفعالات ((الصرفة)) التي تسعى إلى التواري عن إدراكاتنا أيضاً وإنما معانيها، أي ما تسببه لنا هذه الانفعالات وما تخبرنا به عن ذاتنا. ونحن عندما نتحدث فيما يلي عن المشاعر فإننا نقصد بذلك إدراكات المعنى تلك والتي تختلف عن ((المشاعر الصرفة Sheer emotions)) ويتضح من خلال هذا النموذج الأساس الذي ينبغي للتعاطف الاستناد إليه: ألا وهو معاني الخبرات الداخلية. فعندما يسمح المتعالج أن يشاركه المعالج بسيرورات ترميزه من خلال تعبيره عما يدور بداخله فإننا نتحدث عن أن المتعالج يستقصي أو يسبر ذاته explore وبهذا فهو يقدم جزءاً من أساسياً من المادة التي يستند إليها المعالج تعاطفياً. و ومنذ تاوش ومينزل وإيبيل و فيتكاو (١٩٦٩) تطلق على إيصال هذا الاتجاه التعاطفي إلى المتعالج بصورة لفظية تسمية ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية verbalize of emotional experiencescontents)).

وتتوفر مقاييس لتحديد درجة السبر الذاتي والتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية نعرض فيما يلي أحدها:

مقياس لتقييم سمة ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية- الشخصية)) مأخوذ عن تاوش وآخرين ١٩٦٩

الرجاء تقييم حسب مقياس التقييم التالي المتدرج من ٢ حتى ١٢ إلى أي مدى يعبر فيه المعالج عن خبرات المتعالج الانفعالية الشخصية (العاطفية الشخصية). أرجو

منك ألاّ تتأثر في حكمك بالرفض أو الموافقة الناتجة عن المتعالج. صنِّف تعبير المعالج في المرتبة التي ترى أنها أكثر مطابقة للأقوال.

الدرجة (١):

الدرجة (٢):

لا يعبر (يعلق) المعالج على محتويات الخبرة الشخصية الانفعالية للمتعالج ولا يتم التعبير عن أي موضوع من الموضوعات الخارجية التي يذكرها المتعالج. ويتكون التعليق من تحذير وتعليم. ...

الدرجة (٣):

الدرجة (٤):

لا يعبر المعالج عن محتويات الخبرة الشخصية الانفعالية التي عبر عنها المتعالج، إلاّ أنه يتم التعبير عن موضوع خارجي ما قام المتعالج بذكره.

الدرجة(٥):

الدرجة (٦):

التعبير عن محتوى خبرة أو عدة محتويات جانبية عبر عنها المتعالج. ولا يعبر المعالج عن محتويات الخبرة التي يلقي عليها المتعالج أهمية مركزية. كأن يقتصر المعالج على التطرق فقط إلى محتوى يذكره المتعالج كمثال على المحتوى الرئيسي للخبرة.

الدرجة (٧):

الدرجة (٨):

يعبر المعالج عن جزء من محتويات الخبرة الشخصية الانفعالية التي عبر عنها المتعالج، غير أن محتويات أساسية أخرى مازالت ناقصة.

الدرجة (٩):

الدرجة (١٠):

يعبر المعالج عن الجزء الأكبر من محتويات الخبرة الانفعالية الشخصية الأساسية التي عبر عنها المتعالج ؛ إلاّ أنه لم تراع بعد كلُ محتويات الخبرة الأساسية بعد.

الدرجة (١١):

الدرجة (١٢):

يعبر المعالج بصورة دقيقة عن كل محتوى الخبرة الانفعالي الشخصي الأساسي الذي أفصح عنه المتعالج.

ويحتوي وصف الدرجات منفردة على توجيهين اثنين:

١- ***التعبير Verbalize*** أي أنه يجب لمضمون ما يتحدث به المتعالج مع المعالج أن يكوّن ((محتويات الخبرة الانفعالية)) الشخصية قدر الإمكان، أي مشاعر وتقويمات انفعالية للأحداث ورغبات واهتمامات وخبرات الشخص الذاتية وخبرة التأثير الذاتي للشخص على الآخرين (تاوش،١٩٧٣ صفحة ٨٠٠).

٢- يجب أن يتم السعي إلى أن يتطرق المعالج إلى كل محتويات الخبرة الانفعالية الشخصية لخبرة المتعالج (الدرجة ١٢ من المقياس).

و بتأثير من الانطباع، أنه في تأهيل المعالجين النفسيين بالمحادثة غالباً ما يتم التمرن على

((محتويات الخبرة الانفعالية الشخصية)) بشكل مختصر، بمعنى أنه على المتدرب المتمرن على إعادة ((" ترجمة "، " التعبير عن ")) المشاعر التي عبر عنها المتعالج، نرغب في التأكيد على أن تعليمات استخدام مقياس ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) يجب أن يحتوي على إرشادات واضحة تتضمن أنه يجب أن يكون للتعبير عن تقييمات الخبرات الداخلية (من ضمنها التقييمات الانفعالية) الأولوية قبل التعبير عن الخبرات نفسها. وكما أظهرت سلسلة من

الدراسات فإن المحكمين الذين يقيمون بشكل مستقل عن بعضهم بعضاً مقطع معالجة (يهتم المعالجون النفسيون بالمحادثة بتسجيل محتوى المحادثة العلاجية على شريط تسجيل) متفقون عادة حول الدرجة من المقياس التي يتم فيها تصنيف سلوك المعالج الواجب تقييمه. بل وأن مثل هذا التصنيف ممكن أيضاً حتى عندما لا تتوفر إلاّ أقوال المعالج فقط، أي حتى عند غياب أقوال المتعالج التي يستند إليها التفهم المتعاطف الذي يسبق قول المعالج (Traux, 1966).

وقد قادت هذه النتيجة الأخيرة إلى الكثير من النقاشات والدراسات حول مسألة فيما إذا كان ما يقيسه المقياس هو بالفعل التعاطف أو التفهم المتعاطف.ويبدو أن فائدة القياس بوساطة مقياس

((محتويات الخبرة الانفعالية)) متعلقة بصورة أساسية بمدى تمكُّن المقوِّم من مفهوم التعاطف وبمدى حساسيته في إدراك التفاعلات البين إنسانية.

ونرى أنه بالرغم من هذه التقييدات إلاّ أنه يمكن الانطلاق من أنه على الرغم من أن ما نقيسه بمساعدة مقاييس التعاطف وبشكل خاص المقياس المستخدم في المحيط الناطق بالألمانية والمسمى مقياس ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) ليس هو التعاطف، إلاّ أنه يشكل في الحقيقة كاشفاً مضموناً لوجود التعاطف.

بقي أن نلاحظ أنه يبدو أن التفهم المتعاطف يكون موجوداً عندما يستطيع المعالج الحديث مع المتعالج حول محتويات خبرته الانفعالية. ويتفق المقيِّمون المتمكنون من هذا المفهوم والذين يمتلكون إدراكاً جيداً للعلاقات البين إنسانية، حول مقدار التفهُّم المتعاطف الذي يقدمه معالج ما. ونؤكد مرة أخرى على أن التعاطف ليس مطابقاً للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية. وسوف نقوم فيما يلي بالتأكيد على

ذلك مراراً، إلاّ أن المقدار العالي من التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية يجعلنا نخمن حدوث سيرورة تعاطفية في العلاقة بين المعالج و المتعالج.
ويعتبر من المؤكد علمياً بصورة كافية أنه إذا كان التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية تعبيراً عن التفهم المتعاطف للمعالج، فإنه يشجع المتعالج على السبر الذاتي. ويعود التعريف الإجرائي للسبر الذاتي selfexploration (SE) في صيغة مقياس قياس إلى ترواكس ١٩٦١، أما الصيغة الألمانية فقد نشأت من قبل تاوش و إيبيل و فيتكان و مينزل ١٩٦٧.

مقياس لتقدير مقدار ((السبر الذاتي عند المتعالج)) مقتبس عن تاوش وآخرين ١٩٦٩.

الدرجة (١):

لا يتحدث المتعالج على الإطلاق عن ذاته ولا عن سلوكه أو عن خبرته الذاتية. إنه يتحدث فقط عن وقائع غير متعلقة بشخصه.

الدرجة (٢):

لا يتحدث المتعالج عن ذاته ولا عن سلوكه ولا عن خبرته، إلاّ أنه يتحدث عن أشخاص و | أو أشياء لها علاقة به.(كأن يتحدث عن سيارته).

الدرجة (٣):

يتحدث المتعالج عن أحداث خارجية وعن سلوكه الذاتي، إلاّ أنه لا يتطرق بشكل خاص إلى خبراته الشخصية الداخلية.

الدرجة (٤):

يتحدث المتعالج عن الحوادث الخارجية وعن سلوكه الخاص ولكنه لا يتحدث عن خبراته الداخلية الشخصية المرتبطة بذلك بصورة خاصة. إلاّ أنه يمكن للمرء هنا الافتراض أن الشيء المذكور مرتبط لديه بمشاعر أو يمتلك أهمية بالنسبة له.

الدرجة (٥):

يتحدث المتعالج عن سلوكه الخاص أو عن أحداث خارجية وحول الخبرات الداخلية الشخصية بشكل خاص والمرتبطة بذلك. والجزء الأكبر من الحديث يتكون من وصف سلوكه أو أحداث خارجية ؛ أما خبراته الداخلية الشخصية فيتم التطرق إليها بصورة مختصرة.

الدرجة (٦):

يتحدث المتعالج حول سلوكه الخاص أو حول أحداث خارجية أو حول الخبرات الذاتية الشخصية بشكل خاص، التي هي على علاقة بذلك. ويتألف محتوى الحديث في غالبيته من وصف خبراته الداخلية.

الدرجة (٧):

يتحدث المتعالج بشكل غالب عن خبراته الداخلية الشخصية بشكل خاص، بالإضافة إلى ذلك يمكن ملاحظة وجود استعداد لمتابعة تفسير خبراته الداخلية، على نحو رؤيتها في سياقات جديدة، من خلال سؤال نفسه من أين تأتي بعض الاتجاهات؟ واكتشاف تناقضات وما شابه.

الدرجة (٨):

يصف المتعالج بإسهاب خبراته الداخلية الشخصية بشكل خاص. ويلاحظ بوضوح البحث عن وجوه وروابط جديدة في خبرته الداخلية.

الدرجة (٩):

يصف المتعالج بإسهاب خبراته الداخلية الشخصية بشكل خاص ويتضح أنه يجد وجوهاً وروابط جديدة في خبرته الداخلية.

ويوضح وصف هذه الدرجات أنه ينبغي في المتعالج تنمية سيرورة تجعله دائم السبر الذاتي على نحو ما هو معروض في هذا المقياس.

ولا يهدف التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية بالمعنى الوظيفي من خلال المعالج إلى شيء آخر عدا تنمية السبر الذاتي هذا لدى المتعالج، أو بتعبير غير مألوف يهدف تعاطف المعالج النفسي إلى تنمية ((التعاطف الذاتي)) للمتعالج. وهذا الارتباط الوظيفي مبرر نظريا و مثبت تجريبياً:

ففي الأفكار النظرية حول بناء المعالجة النفسية بالمحادثة لروجرز وبومرت يصبح فرد ما بحاجة للمعالجة عندما ينشأ تنافر بين ذاته وخبراته. ويقصد بذات الفرد، هيئة منظمة ومتماسكة، مكونة من السمات المدركة ((للأنا)) وعلاقتها بالمظاهر الأخرى أو المختلفة للحياة، بالإضافة إلى تقييمات هذه الإدراكات (Bomert, 1977: 22ff.). وفي حالة التنافر Incongruent تدرك الخبرات التي لا يمكن مطابقتها مع الذات بصورة مشوهة أو يتم إنكارها جزئياً أو كليةً من الشعور (Bomert, 1977: 36ff.).

وينبغي لتعاطف المعالج أن يقود إلى أن يرمِّز المتعالج خبراته بدقة وبشكل أكثر كمالاً وصولاً إلى القيام بتنسيق مجدد بين هذه الخبرات والمفهوم الذي يحمله عن ذاته. وهذا يعني ذاته أو مفهومه عن ذاته. وهذا التنسيق يتحقق من خلال التعاطف الذاتي فقط. ويمكن اعتبار السبر الذاتي وفق المقياس كاشفاً للشدة أو للكثافة التي يسعى بها المتعالج إلى عملية التناسق هذه، والتي سوف نتحدث عنها كثيراً. لقد أظهرت أبحاثاً تجريبيةً باستمرار أن العلاقات الارتباطية الأساسية مع مقادير النجاح، أي مع التعديلات المقاسة التي شهدها المتعالجون في المعالجة، قد وجدت

دائما مع سمة السبر الذاتي في حين أن سمة المعالج ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) تترابط مع السبر الذاتي، إلاّ أنها لا تترابط أو تترابط بمقدار ضئيل مع إجراءات نجاح المعالجة
(راجع على سبيل المثال تاوش، ١٩٣٧).

ونؤكد على الارتباط الوظيفي بين تعاطف المعالج و ((التعاطف الذاتي)) للمتعالج بهذا الشكل لأننا نعتقد أنه يجب إزالة سوء الفهم. إن مشروع العلاقة الذي يقدمه معالج نفسي بالمحادثة لا يساعد من خلال أنه يمكّن من قيام علاقة ((طيبة)) أي لطيفة ومتعاطفة مثلاً وإنما من خلال أن مشروع التعاطف المُقَدِر للقيمة والمتوافق وحده يمكّن المتعالج من الدخول في سيرورة التعاطف الذاتي. ومن هنا فإن تعاطف المعالج يجب ألاّ يتجه أساساً إلى ((شخص)) المتعالج وإنما إلى مساعيه بالدرجة الأولى في الإقدام على مثل تلك السيرورة في خبرة الذات. وبهذا المعنى فإن تعاطف المعالج ليس نوعية إنسانية وإنما ((متغيرة أداتيه Instrumental Variable)) وظيفتها رفع تعاطف الذات لدى المتعالج.

<u>فلنلخص</u>: إن العنصر الأول في مشروع العلاقة العلاجية النفسية بطريقة المحادثة الذي قمنا بعرضه يتمثل في التعاطف الذي يعني فهم خبرة الآخر بشكل كامل وبدقة وكأنها خبرتنا الذاتية بدون التخلي ولو لمرة واحدة عن حالة ((وكأن)) هذه، ومشاركة المتعالج بما تم إدراكه. ويمكن اعتبار التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية للمتعالج كاشفاً لوجود التعاطف.

وللتعاطف وظيفة تنمية التعاطف الذاتي لدى المتعالج باعتباره الجزء الأساسي للسيرورة العلاجية. ويجب فصل التعاطف بشدة عن المشاركة الوجدانية في شكل موقف إنساني. وعندما يصبح المتعالج سابراً لذاته أو متعاطفاً معها، أي عندما يستطيع إقامة العلاقة التي عرضها عليه المعالج مع ذاته ينتهي العلاج.

التقدير غير المشروط

يتألف جزء من أساسي من التعاطف (قارن صفحة ١٤٠) من أن يضع المعالج الرؤى والاتجاهات التي يملكها هو نفسه جانباً كي يتمكن من الدخول إلى عالم خبرة الآخر بدون أحكام مسبقة. وطبقاً لذلك فإنه يفترض أن التفهم المتعاطف غير ممكن إلاّ في إطار خال من الأحكام المسبقة فقط. أن أي رأي للمعالج تجاه متعالجه على نحو: ((إنك لا تستطيع على ما يبدو تحمل التوتر)) يمكن أن يكون صحيحاً من حيث المحتوى، أي أنه يمكن أن يصف بدقة ما يعيشه المتعالج في مرجعيته الداخلية، في ذاته، إلاّ أن المتعالج قلما سوف يتقبل هذا الرأي حول حالته الداخلية، إذا وجد المعالج أن هذه الحالة مضحكة أو غير إنسانية أو طفليه أو مرفوضة بطريقة ما، وعبَّر عن ذلك بشكل لفظي أو غير لفظي للمتعالج. ويتضح من هذا المثال أن التعاطف الذي يهدف إلى تنمية السبر الذاتي للمتعالج يجب أن يكون من نوعية انفعالية محددة. ومن المؤكد أن استعداد إنسان ما لفهم نفسه لا يرتفع إذا قوبل ما يبديه بعدم الاهتمام أو التقييم أو حتى بالرفض. وقد دفعت هذه الخبرة روجرز بالإضافة إلى تنمية اللاتقيمية، إلى صياغة الشرط العلاجي المتمثل في أنه على المعالج أن يتمكن من تقبل ما يقوله المتعالج حول نفسه. و يشعر المعالج بأنه يتقبل المتعالج من خلال إحساسه بأنه مهتم إيجابياً، فإذا شعر المتعالج بأنه غير مقبول من المعالج فسوف يتعثر في سيرورة سبر ذاته وخصوصا من خلال أنه عليه أن يناقش في علاقته بالمعالج تقييماته وبهذا قلما يبقى هناك مجال لتفسير العلاقة التي يملكها مع نفسه.

سوف نطلق على هذا الشرط العلاجي الذي يساعد على ضمانة هذا المجال فيما يلي من الحديث ((التقدير غير المشروط[3])). ومن هذه الزاوية، أي من خلال أهميتها بالنسبة للمتعالج في السيرورة العلاجية، اعتُبرت سمة ((التقدير غير المشروط)) حتى الآن ذات أولوية. ويقول روجرز ١٩٦١ (الطبعة الألمانية ١٩٧٣ صفحة ٤٨٠) إن ((التقبل لا يعني الكثير طالما لا يحتوي على الفهم)) وصاغ بهذا علاقة داخلية بين التفهم المتعاطف (التعاطف empathy) و ((التقدير غير المشروط)) للمعالج ونرغب بالتأكيد على هذا الارتباط الداخلي لكلا الشرطين، وتحديد أهميتهما لبعضهما ونوضح أن التقدير غير المشروط للمعالج يتعلق بمدى فهمه لمتعالجه وأن التقدير غير المشروط لا يصبح فعالاً علاجيا إلاّ عندما يترافق بالفهم.

وننطلق هنا من مواقف التأهيل التي يحدث فيها دائماً سوء الفهم الواضح من خلال سعي المعالجين النفسيين (بالمحادثة) الشباب إلى أن يكونوا محبوبين ولطيفين ومهتمين بمتعالجيهم، من أجل تحقيق شرط تقبل المتعالج بدون شروط. فهم يستهلكون الكثير من الطاقة في التلقي اللطيف لما يقوله لهم المتعالج وباهتمام متساوٍ. غير أنه يتبين بوضوح أن ذلك يزداد صعوبة كلما كانوا أقل معرفة بما يريد المتعالج قوله لهم ((في الواقع))، وما الذي يعبِّر عنه، وما هي الصراعات التي يتحدث حولها الآن بالتحديد، أو التي يتجنب الحديث عنها الآن. وسبب هذا الغموض عند هؤلاء المعالجين الشباب هو أنهم قد فهموا ((التقدير غير المشروط)) باعتباره موقفاً للمعالج النفسي بالمحادثة ينبغي تحقيقه حتى لو لم يعرفوا حول أي شيء يتحدث المتعالج، أي حتى لو لم يعرفوا ما الذي عليهم

[3] وهنا أيضاً د ا راجع الأ انية تسميات أخرى مثل ((التقبل غ ا دود)). مي ل ١٩٧٤.

تقديره في الحقيقة. وعلى أساس من مثل هذه الخبرات والآراء نفترض الافتراضات التالية:

هناك ارتباط وظيفي بين كلتا السمتين من سمات المعالجين ((التعاطف)) و((التقدير غير المشروط)) موجود في شخصية المعالج. وكلتا السمتين هما مظهران للعلاقة بين المعالج و المتعالج. وعلى المعالج أن يفهم المرجعية الداخلية للمتعالج أو للأجزاء التي يتطرق إليها المتعالج في موقف علاجي محدد إذا أراد أن يضمر للمتعالج التقدير؛ وإلاّ فلن يتمكن من تحقيق شكل فعال علاجياً من التقدير. عليه أن يعرف ما الذي يقدره بدون شروط.

وعلى العكس تؤثر الدرجة القابلة للتحقيق من التقدير على إمكانية المعالج على الفهم المتعاطف للمتعالج. فإذا عبر المتعالج عن مشاعر محددة أو تقييمات معينة تثير لدى المعالج مشاعر كالخوف أو الإنكار فإنه لن يستطيع الاحتفاظ بالتقدير غير المشروط. ومن خلال ذلك تتضيق إمكانية المعالج في الاستجابة المتعاطفة للمتعالج وفهمه. وعادة ما يكون سبب هذا التضييق في أن المتعالج يمسُ مجالات من الخبرة لا يستطيع المعالج ذاته أن يتحرك فيها بحرية ومن هذا الجانب فإن التقدير غير المشروط يمتلك طبيعة شرط الضبط. فإذا غاب التقدير أو تضيق بوضوح فإن ذلك يمكن أن يعني للمعالج شيئين:

فهو إما أنه لم يفهم المتعالج أو أن المتعالج يتحدث حول أمور لم يفهم المعالج فيها نفسه والتي لا يقبل هو نفسه خبراته فيها.

لقد أوردنا التسمية الهشة إلى حد ما ((شرط الضبط)) من أجل وصف وظيفة التقدير غير المشروط ومن أجل إيضاح أنه على المعالج أن يختبر باستمرار قدر الإمكان في علاقته بالمتعالج المدى الذي يكون فيه قادراً على التجاوب تعاطفياً مع المتعالج على أساس من مقدار التقدير الذي يستطيع استحداثه. بكلمات أخرى: وفقاً

لوجهات نظرنا فإن الطريق الأضمن لاختبار التعاطف هو أن يختبر المعالج وضعه الانفعالي في الاتصال مع المرضى أو بتعبير آخر أن يهدف إلى ((علاقة مباشرة direct referent)). فعلى المعالج أن يختبر نفسه بناء على ذلك فيما إذا كان يستطيع استقبال ما يعبر عنه المتعالج بتقدير غير مشروط.

وفيما يلي من الحديث سوف نقوم بتوسيع مثل هذه الرؤيا:

فالتعاطف كما عُرِّف هو في الأساس شيء مجرد، هو إدراك المرجعية الداخلية للمتعالج. لقد عرضنا في مكان سابق من هنا أن المتعالج يصبح ((معافىً)) عندما لا يعود يشوه وينكر ...الخ الخبرات التي يعيشها وإنما يتمكن من اختبار ما تعنيه هذه الخبرات أو ما تريد أن تقوله له، بغض النظر عن المدى الذي تنسجم فيه مع مرجعيته الداخلية، مع مفهوم ذاته أو لا تنسجم إطلاقاً. لقد افترضنا كذلك أن المتعالج يصبح سليماً عندما يتمكن من إقامة علاقة مع ذاته، مثل التي يقدمها له المعالج النفسي (بالمحادثة) بشكل مثالي. ومن أجل ذلك لابد وأن يكون المعالج قادراً على الاهتمام تفهمياً بالمرجعية الداخلية للمتعالج الأمر الذي لا يكون ممكناً بالمعنى العام، إلاّ إذا تقبل المعالج المرجعية الداخلية وخبرات المتعالج، أي إذا ما قابلها بتقدير غير مشروط.

والإمكانية الوحيدة بالنسبة للمعالج من أجل أن يحدد فيما إذا كان يفهم المتعالج بشكل صحيح أم لا هي في اختبار مسألة فيما إذا كان يشعر تجاه المتعالج بتقدير غير مشروط. أمّا أي شكل آخر لاختبار مسألة فيما إذا كان المعالج يفهم المتعالج فلا تبدو لنا صعبة فحسب - إذ أنه من أين يجب أن يؤخذ المقياس هنا؟- وإنما أيضاً بلا معنى في إطار الفرضيات الأساسية للمعالجة النفسية بالمحادثة. فالمعالج لن يستطيع سؤال المتعالج مباشرة، ذلك أن بعض المتعالجين لا يعرفون مطلقاً كيف يمكن فهمهم بسبب من التشويه أو التجنب لأنماط الخبرة المتنافرة لديهم، في حين

أن متعا لجين آخرين يعرفون حول إطارهم المرجعي الذاتي وكذلك حول الخبرات التـي يتجنبونهـا، إلاّ أن مـشكلتهم هـي فـي أنهـم يرفـضون نفـسهم، أي ذاتهـم، أو يرفضون خبراتهم. ومن هذه الناحية يتجنبون أن يتم فهمهم.

لقد عالجنا حتى الآن وظيفة التقدير غير المشروط بالنسبة للمعالج في التفاعل مع التعـاطف. ولقـد أبرزنـا هـذا المظهـر الـوظيفي للتقـدير غيـر المـشروط بالنـسبة للسيرورة العلاجيـة قبل أن نتطرق بـشكل أقرب إلـى النوعيـة الانفعاليـة لمتغيرات العلاج هذه. وقد ذهبنا هنا من أن سمة العلاج هذه معروفة في نوعيتها الانفعاليـة أكثـر مـن أهميتهـا الوظيفيـة للـسيرورة العلاجيـة. وهـذا يتعلـق بـأن التقـدير غيـر المـشروط عنـد روجـرز (١٩٥١، ١٩٥٧، ١٩٦٢) قـد وصـف غالبـاً مـن خـلال نوعيته الانفعالية، حيث أسماها ((الاحترام الإيجابي غير المشروط unconditional positive regard))، إلاّ أنه يستخدم تسميات أخرى مثل ((الدفء الانفعالي emotional warmth)) أو ((التقبل acceptance)):

((أفترض أن نمو الشخصية وتعديلها يكون أسرع في التشكل كلما اقترب المعـالج بحنـان واهتمـام واسـتعداد للتقبـل أكثـر مـن داخـل المتعـالج. وهـذا يعنـي أن يقـدر المتعالج كشخص ذي مشاعر يمكن مقارنتها نوعيا مع المشاعر التي يحملها الأهل لابنهم، الذي يقدرونه كشخص بغض النظر عن سلوكه فـي اللحظـة الراهنـة. وهذا يعني أن يكون المتعالج بالنسبة له مهماً على نحو بعيد عن التملك، مهما بالنسبة لـه كشخص يريد أن ينمو. وهذا يتضمن أنه يريد أن يكون المتعالج منفتحاً مهمـا كانـت المشاعر التي تعتمل في هذه اللحظـة، سـواء كانـت عدوانيـة أم حنـان أم عصيان أو رفض أو خضوع أو ثقة بالذات أو حط من قيمتهـا. وهذا يعنـي (نـوع من الحـب) تجـاه المتعـالج كمـا هـو..)) (روجـرز، مقتـبس عـن تـاوش ١٩٧٣ صـفحة ٨١٢، ترجمة المؤلف)

ويذكر روجرز في مكان آخر (١٩٥٧صفحة ٩٨) ما يقصده بصفة ((غير مشروط))؛ إنه يقصد أن المعالج يعيش التقدير الإيجابي بالشكل المرغوب وذلك عندما يشعر بالتقبل غير المريب لكل خبرة تعتبر جزءاً من هذا المتعالج. يعني التقدير غير المشروط أنه ليست هناك شروطاً للتقبل، ليس هناك شعوراً على نحو ((أريدك عندما تكون على هذا أو ذاك النحو)). أما العكس فسوف يكون موقف تقييم انتقائي ((من هذه الزاوية أراك جيداً، أما في الجانب الآخر فأراك سيئاً)). فشعور التقبل يتضمن مشاعر المتعالج ((السيئة)) أي المشاعر المؤلمة و القَلِقة و الصادة و الشاذة وكذلك المشاعر ((الطيبة)) أي المشاعر الإيجابية والناضجة والواثقة والتضامنية. التقدير غير المشروط يعني حسب روجرز: تقبل المتعالج حتى لو كان متناقضاً أيضاً، وليس عندما يكون في حالة توافق فقط. كما ويعني التقدير غير المشروط حمل هم المتعالج ولكن ليس بطريقة تملكيه أو بشكل يخدم إشباع حاجات المعالج. التقدير غير المشروط يعني وفق روجرز الإشفاق على المتعالج كشخص مستقل مع إمكانية امتلاك المشاعر الخاصة والخبرات الذاتية.

ويشير روجرز في المقطع نفسه إلى أن تسمية ((الاحترام الإيجابي غير المشروط)) مضللة من حيث كونها تبدو وكأنها مطلب مطلق.

ففي الواقع الإكلينيكي سوف يشهد معالج فعّال في أوقات كثيرة لجلسة معالجة هذا الشعور من التقدير غير المشروط، ولكن من حين لآخر سيشهد تقديرا مشروط فقط- وأحياناً رفض -.

سبق وذكرنا أن هذا التبدل في مدى التقدير غير المشروط لا يعني فشل المعالج، وإنما له وظيفة مهمة لسيرورة العلاج. والتقدير هو عبارة عن شعور قابل للامتلاك من قبل المعالج، يمكن الإحساس به بالنسبة له على شكل ((علاقة مباشرة))(غيندلاين، ١٩٦٢). ويعتبر مقدار التقدير غير المشروط معياراً للمدى

الذي يكون فيه المعالج قادراً على التجاوب تعاطفياً مع متعالجه. فإذا شعر المعالج أن تقديره لمتعالجه في لحظة معينة ضعيف فقط أو بتبدل لتقديره باتجاه أقرب للشعور الرافض فذلك دليل - حسبما نرى - على وجود حدث مهم في سيرورة العلاج يمكن استغلاله إيجابياً. على المعالج أولاً أن يطرح على نفسه مجموعة من الأسئلة - عن طريق السبر الذاتي الصامت طبعاً - مثال: هل أفهم المتعالج فعلاً ؟ أو هل تبنيت الرفض الذي يحمله المتعالج تجاه ذاته، أي هل تماهيت معه؟ أو هل أشعر معه أنه هاجمني ؟ أو بأني مرتاب ؟ وأجعل من خيبته مشكلتي ؟

فإذا استنتج المعالج على سبيل المثال أو إذا اتضح له في جلسة الإشراف Supervision أنه قد تماهى مع المتعالج فيجب تفسير معنى هذا الشكل من العلاقة بالنسبة للمعالج و المتعالج. وهنا لابد فيما يتعلق بالمتعالج اختبار فيما إذا كان يعتبر مثلاً أنه من الأسهل له العيش مع مشاعره عندما يشاركه فيها الآخرون - في هذه الحالة المعالج هنا - وفيما يتعلق بالمعالج يجب إيضاح مدى سروره بتقبل مثل هذه العلاقات التي يستطيع فيها الأخذ عن الآخر شيئاً ما أو مدى سهولة تقبله لمثل هذا المشروع من العلاقة عندما يعرضها عليه أحدهم.

و فقط عندما يتضح للمعالج ما الذي سبب الضرر في تقديره غير المشروط لمتعالجه، ويستطيع تقبل هذه الأسباب فإنه سوف يتمكن ثانية من الاهتمام بالمتعالج تعاطفياً وبالتالي يصبح فعالاً علاجياً. وسوف نوضح في مكان لاحق (أنظر الفصل الرابع) سبب حصول التقدير الضيق أو التبدل في مقدار تقدير المعالج عادةً وكيف يستطيع المعالج التصرف مع ذلك.

ومن المهم في هذا المقام التأكيد على أن التبدل في مقدار التقدير غير المشروط هو جزء من السيرورة العلاجية ولا يجسد بادئ ذي بدء فشل المعالج. وبهذا المعنى لابد من اعتبار التقدير غير المشروط هدفاً على المعالج أن يسعى لتحقيقه. إن

مقدار التقدير معرض لتبدلات مستمرة ولا يتعلق بالمشاعر، التي يتحدث عنها المتعالج فقط، وإنما بالمستوى الزمني للمعالجة أيضاً. وفي الحالة المثلى ينمو تقدير المعالج لمتعالجه من جلسة علاجية إلى أخرى، إلا أنه يهبط ثانية عندما يبدأ المتعالج الحديث عن موضوع جديد. أما التأزم فلا يحدث إلا عندما يحدث سكون عميق في النمو أو فتور واضح للتقدير غير المشروط بدون موضوع جديد. فإذا لم يتمكن المعالج من السعي بهذا المعنى إلى التقدير غير المشروط يحدث للمتعالج شيئان: لا يستطيع المعالج أن يكون متعاطفاً ويجر المتعالج للتناقض معه ويصرفه بهذا عن التعاطف الذاتي. كما و أن اعتبار التقدير غير المشروط جزء من مشروع علاقة المعالج بالمتعالج يوضح بشكل مباشر أنه يمكن التفكير بمقدار عال من التقدير كهدف نهائي للعلاقة العلاجية فقط. حتى أن المقدار العالي - ظاهرياً - من التقدير غير المشروط يمكن أن يكون غير ملائم: لقد وصف روجرز المتعالج المحتاج للمعالجة بأنه إنسان لا يستطيع تقبل خبراته لأنها لا تنسجم مع مفهوم ذاته (روجرز، ١٩٥٧، راجع المبدأ الأساسي رقم ٢).

ينظر المتعالج لنفسه على أنه قليل القيمة و سيئ وفاشل ...الخ - غالباً لتجنب الخبرات التي يعتبرها أسوأ. ومن هنا يمكن لمتعالج ما أن يستجيب إلى مقدار عال من التقدير المُبدى مباشرة في بدء المعالجة - وخصوصاً ذلك الشكل من التقدير، الذي لا يستند بشدة إلى ما يقوله المتعالج -، كما اعتاد أن يستجيب في اتصالاته البين إنسانية اليومية، أي بشكل من الدفاع. فعندما ينظر المتعالج لنفسه بأنه ناقص فإن خبرة أن يعامله شخص ما غير مطلع على أفكاره حول أسباب نقصه بتقدير عالٍ غير متفقة مع مفهوم ذاته بالنسبة له. وهو هنا إما لن يدرك هذا الشكل من التقدير على أنه كذلك على الإطلاق، أو أنه إذا أدركه فإن هذا الإدراك سوف يجعله واقعاً تحت حالة من التوتر.

وصف فان كيسيل (١٩٧٦) كل مشروع علاج استناداً إلى باير (١٩٦٨) بأنه ((لاإجتماعي asocial)): فالمعالج يقدم مشاريع علاقة، متعارضة مع توقعات المتعالج، إنه يتجاهل توقعات المتعالج من هذه العلاقة.

ومن المرجح أنه إذا تم إبداء سلوك المعالجين هذا، المرغوب بحد ذاته، ولكنه ((لا اجتماعي))، بدون مراعاة المتعالج، أي إذا تم إبداؤه إما بشكل مبكر أو بأي ثمن، فإنه المسؤول عن مجموعة من التصدع الباكر للمعالجة. ويمكن تجنب هذا التصدع إذا نظر وفهم المعالج مشروع علاقته من منظور تفاعلي، أي من خلال تأثيره المحتمل على المتعالج.

أما بالنسبة للتقدير الذي يجب أن يكنه المعالج لمتعالجه فلابد من القول أولاً أن هذا التقدير هو مسألة تخص الضبط الذاتي للمعالج ولا يحتاج إبلاغه للمتعالج إلى حين. بالإضافة إلى ذلك على المعالج أن يدرك بصورة مُقَدِرَة و مُتَقَبِلة المدى الذي يكون المتعالج فيه قادراً على عيش التقدير المقدم له بشكل منسجم مع مفهوم ذاته وبشكل خاص المدى الذي يفصح فيه المتعالج عن ذلك بنفسه.

أما القاعدة المنتشرة بين كثير من المعالجين النفسيين والتي تقول بأنه من المفيد علاجياً بشكل خاص أن يتمكن المرء من تقديم نفسه مُقَدِراً بدون شروط، فهي في هذا السياق خطأ تقنياً.

فإذا لم يكن المتعالج قادراً على تقبل نفسه فعلى المعالج الحديث معه حول ذلك وليس حول ما يدور في المعالج. فعلى المعالج التعبير فقط عما يفهمه عن طريق التعاطف حول المرجعية الداخلية للمتعالج وليس عما يشعر هو به، إذ أن ذلك سوف يكون صرف المتعالج عن سيرورة تعاطفه الذاتي التي تشكل السيرورة العلاجية الفعلية.

كما ويتضح من هذا الإسهاب أن الآراء ومسائل البحث الناتجة عن ذلك والتي تقول إن المقدار العالي من التقدير يمكن أن يكون له تأثير على التعديل البنّاء لدى المتعالج، تمتلك قوة تنبئية محدودة في الممارسة.

إذاً لا يستطيع المرء القول أنه كلما كان مقدار التقدير أعلى كان تأثير المعالجة على المتعالج أيسر. إنَ تمكُّن المعالج من أن يوضح لنفسه كم من التقدير المُعَبَر عنه يستطيع المتعالج تحمله لَهوَ أهم من السعي باستمرار للتعبير عن التقدير غير المشروط، بغض النظر عن المتعالج. ونكرر هنا الاعتقاد أن التقدير غير المشروط هو شرط للتعاطف ولا يظهر تأثيره إلاّ في إطار التعابير التعاطفية. وهذا يفسر برأينا الارتباطات الإيجابية والمنخفضة في الوقت نفسه بين تقدير المعالج ونجاح المعالجة في أغلب الدراسات التجريبية.(راجع على سبيل المثال تاوش ١٩٧٣).

وربما يوضح تعبير متعالج ما حول معالجه والمتمثل في ((لقد استطعت التحدث بما أريد وظل لطيفاً باستمرار، وهذا ما لم أستطع تحمله)) هذه الارتباطات بصورة واضحة ومباشرة.

فلنلخص هنا أهمية سمة المعالج ((التقدير غير المشروط)) في إطار مشروع العلاقة العلاجية: التقدير غير المشروط ليس عبارة عن موقف دائم للمعالج. إنه موقف لابد من السعي إليه تجاه تعابير سبر ذاتية معينة للمتعالج في موقف علاجي محدد ضمن العلاقة العلاجية. فإذا كانت العلاقة العلاجية من نوع أن المعالج يعيش مقداراً عالياً من التقدير خلال فترة زمنية طويلة تجاه متعالجه، فإن هذا يعني أن المتعالج يستطيع تقبل مشروع العلاقة من المعالج. و ويعني ذلك من ناحية أخرى أن المتعالج قد أدرك العلاقة التي حملها إليه المعالج بدقة، أي أنه يهتم بما يدور في ذاته كشخص له قيمة. التقبل لا يعني شيئاً بدون الفهم. ويتغير

تقدير المعالج للمتعالج مع المحتويات ومع الطريقة التي يتحدث بها المتعالج حول هذه المحتويات.

إذاً يمكن للمعالج اعتبار تقديره متغيرة ضبط، يستطيع بها قياس مدى قدرته على تتبع المتعالج تعاطفياً.

الانسجام Congruence

يمكن للرأي المذكور سابقاً لمتعالج حول معالجه والمتمثل في أنه لم يستطع تحمُل اهتمامه غير المشروط أن ينتج عن سببين مختلفين جداً مبدئياً. فمن جهة يمكن أن يكون المعالج قد ((تناسى)) أن متعالجه يحمل مفهوماً سلبياً عن ذاته وبأنه محكوم بمشاعر الذنب ورغباته في العقاب مثلاً، أي من المشاعر يتوقع عليها ردة فعل أخرى غير الاهتمام والتقبل، والذي (أي ردة الفعل) ربما يبحث عنها في حالته الراهنة أيضاً.

إن مثل هذه المفاهيم السلبية حول الذات ليست نادرة ويُدافع عنها بعناد شديد مثل المفاهيم الإيجابية عن الذات. ويمكن أن تتضح وظيفة مثل تلك الصور السلبية حول الذات من خلال مثال حول الكثير من الأطفال الذين يتعرضون لسوء المعاملة والذين يستمرون ظاهرياً بحب أهلهم بشكل غير معقول. وعلى ما يبدو فهم يتحملون الإحساس بأنفسهم بأنهم سيئون ويستحقون العقاب أكثر من أن يتحملوا فكرة ألا يكونوا محبوبين.

وتشير ردود الأفعال الموصوفة للمعالج على متعالج ذي مفهوم سلبي عن ذاته إلى نقص في التعاطف أو سوء فهم يتكون من أنه لابد للمعالج أن يكون مُهتماً و مُقَدِراً بأي ثمن أن صح التعبير.والسبب الآخر لرأي المتعالج يمكن أن يكون في أنه قد أدرك بشكل صحيح أن تقدير معالجه كان مصطنعاً، غير منسجم، كان تمثيلاً، مشحوناً بالرغبة في أن يكون معالجاً جيداً على سبيل المثال مهما كان. و ويقودنا هذا التفسير لردة فعل المتعالج إلى مظهر للعلاقة العلاجية أسماه روجرز انسجام المعالج والذي يعتبره من الشروط الضرورية لعلاقة علاجية مساعدة. ويصف

روجرز الشرط الضروري أو متغيرة المعالج ((الانسجام)) في العلاقة بين المعالج و المتعالج كالتالي:

((إني أفترض أن نمو الشخصية يُحَثُ بالدرجة الأولى عندما يكون المعالج ما هو عليه فعلاً، عندما يكون منسجماً في علاقته بالمتعالج بدون وضع حدود أو واجهات، عندما يتمكن من تقبل المشاعر والمواقف التي تسيطر عليه في اللحظة الراهنة. لقد استخدمنا مصطلح

((الانسجام)) لوصف هذا الشرط. ونقصد به أن يتحكم بالمشاعر التي تسيطر عليه وأن يتمكن من جعلها شعورية وأن يكون قادراً على أن يعيشها حتى في العلاقة وأن يشارك المتعالج بها عندما تظهر. وهذا يعني أنه يستطيع شخصياً مواجهة encounter متعالجه مباشرةً، بحيث ينسجم إنسان كامل مع إنسان آخر. وهذا يعني أنه هو نفسه هو، لا ينكر ذاته.

وليس هناك من يحقق هذه الحالة كاملة إلاّ أنه كلما تمكن المعالج من تقبل ما يدركه عندما يصغي وكلما تمكن من عيش مشاعره في تركيبتها كاملة بدون قلق، كان مقدار ((الانسجام)) أكبر))

(روجرز ١٩٦٢ مقتبس عن تاوش صفحة ١٢٦ ترجمة المؤلف).

ويحمل هذا الوصف لسمة الانسجام في ذاته مثل الوصوفات ومحاولات التعريف الأخرى الخطر الذي تحمله سمة ((التقدير غير المشروط)). ويكمن الخطر في أنه يمكن لمثل هذه التعاريف أن تقود إلى سوء الفهم، إلى اعتبار أن ((الانسجام)) متغيرة مُدخِلة فقطInput variable ، أي كشرط يستخدمه المعالج في المعالجة وبعد ذلك تؤثر هذه المتغيرة على المتعالج بشكل من الأشكال وفق مبادئ التعلم وفق النموذج مثلاً. وكلما كانت أكثر فاعلية كانت أكثر رسوخاً. ويربط كثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة سوء الفهم هذا لانسجام المتعالج مع مصطلح

((الأصالة= genuineness Echtheit)) ويفهمون الانسجام على أنه إمكانية المعالج للتعبير عن المشاعر تجاه المتعالج التي يفترض المعالج أنها ملائمة للمتعالج بدون التضرر من المشاعر التي لا تتناسب مع المهمة العلاجية على الإطلاق بمعنى السعي نحو التقدير غير المشروط مثلاً.

وحول هذا نريد الإشارة بشكل خاص أنه على الرغم من أن الانسجام يحدد شرطاً للسيرورة العلاجية، الواجب على المعالج أن يحضره معه بغض النظر عن المتعالج، إلا أنه لابد لهذا الشرط أن يكون مصمماً بشكل خاص، تماماً مثل ((التعاطف)) و ((تقدير الذات غير المشروط)) باعتباره جزءاً أساسياً للسيرورة العلاجية.

فلنتطرق أولاً إلى المظهر الأول من مظاهر الانسجام:

يقتضي الأمر على ما يبدو أن يكون المعالج قليل ((العصابية)) قدر الإمكان، لأنه إذا قلبنا وصف انسجام المعالج إلى عكسه، أي إذا أوردنا القطب السلبي المقابل لكل السمات المذكورة للمعالج المنسجم، فسوف نحصل على وصف مثل الذي استخدمه روجرز في وصف حالة متعالج ما.

والمراعاة الشديدة لتضيق عصابي مسبق (أي وجود درجة منخفضة جداً من سمة العصابية

\ المترجم\) عند المعالج مبررة من كل الوجوه وضرورية. ونحن نعتقد كذلك أنه من الملائم لكل معالج نفسي أن يكون شخصاً منسجماً قدر الإمكان أي أن يكون ((ضليعاً بسيل المشاعر المتبدلة باستمرار في شخصه، هذا السيل الذي يتصف بالتعقيد والتحول المستمر)) (روجرز مقتبس عن تاوش، ١٩٧٣ ترجمة المؤلف).

ومن المؤكد أن مقداراً معيناً من إمكانات الخبرة المنسجمة هو شرط أولي يجب أن ينطبق على كل معالج وعلى غالبيتهم مهما كان الاتجاه العلاجي، ويعرف

المحللون النفسيون منذ زمن بعيد التحليل التعليمي، أما لدى المعالجين النفسيين بالمحادثة فقد أدخل الإشراف الذاتي ((المستمر)) Supervision للعمل العلاجي وكذلك ولأسباب وجيهة أدخل مؤخراً ما يسمى بالخبرات الذاتية الاختيارية في المجموعات. وكل هذه الدلائل تشير إلى مدى عمومية مطلب المعالج المنسجم.

ولكن إذا طولب ((بالانسجام)) كسمة دائمة للمعالج، بغض النظر عن متعالج معين وبمقدار كبير قدر الإمكان، فإنه سوف يقتصر تصور الفاعلية العلاجية للانسجام على فرضية أثر النموذج model effect بالنسبة للمتعالج أو على تصور التخفيف عن المتعالج الذي يتألف من أن يعرف

((شريك المحادثة موقف المساعِد منه)) (تاوش، ١٩٧٦ صفحة ٩٦)).

وهذا يعني أنه يفهم من الانسجام ذلك المطلب من المعالج لنفسه المتمثل في ألاّ يكون عصابياً الأمر الذي يتمكن من التعبير عنه من خلال تمكنه من القول للمتعالج (وأن يفعل كذلك !) ما يعتقده عنه أو ما يشعر به تجاه تعبير من تعابير المتعالج. ويبدو لنا بالمقابل أنه لم تتم إلى مدى بعيد مراعاة ذلك المظهر من الانسجام المكون من أن المعالج يفهم مطلب الانسجام باعتباره مطلباً من ذاته في السيرورة العلاجية المحددة. ولا يمكن تصور هذا الانسجام في السيرورة العلاجية بدون التحرر الواسع للمعالج من التضيق العصابي.

فالانسجام في الموقف العلاجي يعني المقدرة على أن يكون مدركاً كل المشاعر التي يثيرها المعالج في المتعالج بدون أن يصبح مقيداً من خلال هذه المشاعر في تنمية المتعالج في سيرورة التعاطف مع ذاته. وهذا يعني أن المعالج المنسجم يجب ألاّ يشغل متعالجه بما يظنه عنه فعلاً، وإنما يعني أنه يستطيع جعل كل ردود فعله الانفعالية على المتعالج شعورية في كل وقت ويستخدمها من أجل فهم المتعالج

بمفعول أن يتمكن المتعالج من مواصلة الشعور بمشاعره الذاتية ومناقشة معناها. وهذا المظهر سنعرضه بالأمثلة في الفصل الرابع.

وحسب التعريف فإنه لا الانسجام أو عدمه حالتان سهلتا الإدراك والتعبير المباشر ومع كل ذلك يجب أن يسعى المعالج باستمرار إلى مقدار عال من الانسجام. ويبدو أن هذا المطلب يمكن أن يقارن مع مطلب الأم من طفلها ((كن حباباً أو لطيفاً)) بدون أن يتمكن الطفل من رؤية أو الشعور بما يعنيه ((أن يكون حباباً)). وكمدخل إلى موضوعنا التالي نخمن أن الطفل يقترب من هذه المهمة التي تبدو غير قابلة للتذليل، أي ((أن يكون حباباً)) من خلال مراقبته الدقيقة متى يشعر بالسعادة، أي متى تلاقيه أمه بشكل جيد. أي أن الطفل يتعلم قراءة رضا الأم عليه من إحساسه الذاتي بالراحة.

وبطريقة مباشرة سوف يتمكن المعالج من التعرف من خلال ردود فعله الانفعالية الخاصة - وهذا بالنسبة للمعالج مقدار تقديره غير المشروط - فيما إذا كان منسجماً أم لا في اتصاله بالمتعالج. يستطيع المعالج الإحساس بدقة فيما إذا كانت قد دبت اللامبالاة أو التعب في مساعيه للتقدير غير المشروط تجاه متعالجه وبهذا يمكن وصف الانسجام على أنه مسعى المعالج في العلاقة العلاجية إلى التحكم غير المشوه بالمشاعر التي تسيطر عليه في الاتصال الراهن فعلاً بغض النظر عن مهمته العلاجية. وعادة ما تنشأ المشاعر التي يجب أن تدفع المعالج إلى اختبار انسجامه في العلاقة نفسها أو بدقة أكثر: في الاتصال المباشر مع المتعالج. فالمعالج يمكن مثلاً أن يشعر بالملل عندما يكرر المتعالج الحديث بإسهاب انفعالي حول خبرة ما، يعرف المعالج محتواها. ويمكن للمعالج أن يصبح غير صبور أو يشعر بالغضب أو التعصيب إذا دار المتعالج ((في دائرة)) ...الخ. إذا هي مشاعر مرتبطة بالموقف، تلك التي تقود المعالج إلى خطر أن يتحول إلى معالج غير

منسجم، أي إلى كبت هذه المشاعر لصالح محاولة البقاء في حالة تقدير غير مشروط. إلاّ أنه يمكن أيضاً أن تنمو في العلاقة مشاعر دائمة تسهم في تقرير الاتصالات اللاحقة كالنفور أو الاهتمام المترافق برغبات جنسية متزايدة الشدة تجاه المتعالج. وكل هذه المشاعر العابرة أو الدائمة تسهل أن يصبح المعالج غير منسجم أي أن يكون مُقَدِراً على الرغم من شعوره بالملل أو أن يكون متعاطفاً على الرغم من أنه مشغول بهواماته fantasy الجنسية حول المتعالج.

فمساعي المعالج من أجل الانسجام تفيد إذا بصورة مباشرة من التمكن من إبداء التقدير غير المشروط والتجاوب معه عاطفياً.

لقد أصبح من الواضح أن عدم الانسجام كجزء من السيرورة العلاجية ليس حالة ساكنة وإنما هو عبارة عن سيرورة نشيطة في المعالج موجهة من المشاعر. أن ظهور عدم الانسجامIncongruence يمكن وصفه على أنه حادث يتجه فيه الدفاع ضد مشاعر غير مرغوبة. بالإضافة إلى ذلك يتضح هنا ارتباط وظيفي آخر، ألا وهو الارتباط بين الانسجام والتعاطف. فالمعالج الذي ينشغل كثيراً بعدم إرادته لإدراك المشاعر غير المرغوبة أي الذي ينشغل بصدها، فإنه لن يمتلك إلاّ إمكانية محدودة جداً في التلقي الرحب والكامل للخبرات التي يقدمها المتعالج له والتي تشكل أحد أهم الشروط للتفهم المتعاطف.

فلنتذكر في هذا المقام مبدئياً باختصار:

يؤثر انسجام المعالج على تقديره غير المشروط وعلى تعاطفه. يمكن للمعالج بل ويجب عليه أن يختبر من خلال مراقبة تطور تقديره غير المشروط أو فيما إذا كان يدرك لديه أي شكل من ميول الدفاع أو فيما إذا كان لا يلتقط مثلاً محتويات محددة للمتعالج لا يفهمها أو لا يستطيع التخلص من مشاعر ذاتية محددة. ويمكن أن يحدث هذا الاختبار في المحادثة مع المتعالج عن طريق التعاطف الذاتي. وهذا

لا يعني أنه يجب على المعالج الانشغال بـضَبط قَلِقٍ للذات. فإذا كان كذلك أي إذا انشغل بشكل غالب مع مشاعره فإنه سيكون عندئذٍ في الموقف الذي يكف فيه المتعالج. ويتطلب هذا الموقف المتطرف تفسيراً عميقاً لا يمكن تحقيقه حسب الخبرة إلاّ في الإشراف الذاتي supervision فقط.

عادة هناك دلائل بسيطة، ولكنها غالباً أكيدة إلى أنه على المعالج أن يقوم باختبار انسجامه. وغالباً ما يكتشف عنده ردود أفعال محددة لا تكون منسجمة مع التقدير العلاجي للمتعالج، كأن يشعر بالنعاس في الجلسات العلاجية على الرغم من أنه قد نام في الواقع فترة كافية وطويلة، أو عندما ينشرح صدره بشكل ملفت للنظر عندما يغادر المتعالج الغرفة أو عندما يؤجل جلسة ما. فضلاً عن ذلك يمكن للمعالج الاطمئنان للمتعالج - وذلك بمعنى الفرضيات الأساسية المطابقة للمعالجة النفسية بالمحادثة. وهذا يعطي المعالج في الواقع- بأشكال متنوعة - دلائل ينبغي أن تدفعه للبحث فيما إذا كان منسجماً في هذه العلاقة. على المعالج مثلاً أن يقلق عندما يكرر المتعالج دائماً الموضوع نفسه. ويمكن أن يكون أحد الأسباب الممكنة الكامنة خلف هذا السلوك للمتعالج أن المعالج قد أخمد مظاهر محددة في الإفصاح للمتعالج. أحياناً يخبر المتعالجون معالجيهم مباشرة بأنهم يشعرون أنهم غير مفهومين في نقطة ما. إلاّ أن ذلك غالباً ما يحدث عندما تقوم علاقة علاجية مثمرة ومتقدمة. وغالباً ما تكون التلميحات التي يطلقها المتعالج غير مباشرة وغير قابلة للملاحظة إلاّ من خلال السلوك، كتعكر المزاج المفاجئ وغلبة تغيير الموضوع (" القفز ") والتناقضات بين للغة وسلوك التعبير. كل هذه الإشارات يمكن أن تكون أسبابها في عدم انسجام المعالج

لقد عالجنا حتى الآن الوجوه المختلفة لانسجام المعالجين والكيفية التي يمكن أن ينشأ فيها الانسجام الناقص والكيفية التي يمكن التعرف فيها على هذا النقص. إن السعي للانسجام وللتغلب على عدم الانسجام يخدم بالدرجة الأولى هدف تمهيد الطريق أمام التقدير غير المشروط للمتعالج من المعالج، ذلك أن التقدير لا يصبح ذو فاعلية علاجية إلاّ عندما يكون التعبير اللفظي وغير اللفظي منسجماً مع ما يفكر فيه المعالج ويشعر به ((بالفعل)) بالعلاقة العلاجية مباشرة.

لقد تمركز محور تفكيرنا حول التأثير المتبادل للانسجام مع ((التقدير غير المشروط))، وقد اعتبرنا مقدار التقدير غير المشروط دليل لمقدار الانسجام وفهمنا الانسجام شرط لنمو التقدير غير المشروط. غير أن للانسجام كذلك علاقة واسعة بالتعاطف، أي له وظيفة داخل السيرورة العلاجية التي تطرقنا لها والتي سنوضحها فيما يلي.

وسنبدأ هذا العرض بمناقشة ممارسة علاجية منتشرة بصورة واسعة. إن الكثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة يفهمون مطلب الانسجام باعتباره مطلباً للانتقال كمعالج بأكبر سرعة ممكنة إلى حالة الانسجام إذا اكتشف المعالج علامات اللاانسجام عنده. وهذا يقود إلى أنه بمجرد أن يشعر المعالجون بالتعصيب من متعالجيهم يسارعون إلى مصارحتهم بلطف ولكن بحزم - وبالتالي إلى منع ذلك من الحدوث. مثال ((يقول المعالج: عندما أنصت إلى داخلي أرى أني غاضب بشكل ما. أعتقد أن مصدر ذلك هو أننا لا نتقدم بصورة ما وأننا ما زلنا في الموقع نفسه، همم، وأسأل نفسي فيما إذا كنت لا تشعر بشيء مشابه ؟!))

ويفسر المعالجون النفسيون بالمحادثة هذا الرأي بأنه ضروري لإبداء انسجامهم، من خلال عدم حجب غضبهم الذاتي عن متعالجيهم.

وما يزيد الطين بلة تفسيرهم لذلك على أنه عمل نموذجي لأنهم يتطرقون لشعور مباشر ينبغي للمتعالج تعلمه.

أو أنه يتم التعبير عن مثل تلك الآراء العلاجية من خلال إشارات مماثلة لسلوك المتعالج المتناقض باعتبارها ((مواجهة ضرورية)). ويحلو تفسير مثل تلك المواجهات من خلال وجود مواقف يجب أن تحتل فيها ((أصالة = Echtheit genuineness)) المعالج الأولوية تجاه التقدير غير المشروط، وكأنه يوجد سلوك منسجم للمعالج لا يتوافق مع التقدير غير المشروط. ومثل هذا النوع من التفكير والتصرف من المعالجين هو عادة تصرف ليس له علاقة بالمعالجة، بل أنه يقلب المعالجة رأساً على عقب، حيث يأمل المعالج من خلال مثل هذا النوع من ((السبر الذاتي)) التخلص من الشعور المزعج وغير المرغوب و فوق ذلك يأمل من المعالج الدعم هنا بمعنى: أتشاركني غضبي[٤] هذا ؟!.

إن التعامل المقبول علاجياً مع مثل هذه المواقف ينبع من اعتبار موقف المعالجة على أنه حدث تفاعلي. على المعالج أن يتصور أن مشاعره التي يدركها في ذاته على أنها غير مرغوبة، لأنه يريد أن يكون مؤثراً علاجياً، نابعة من علاقته بالمتعالج. فمهمته الأولى تتمثل إذا في فهم مشاعره انطلاقاً من علاقته الملموسة مع المتعالج ومن أجل الحصول من خلال ذلك على مدخل إلى النقص في التقدير غير المشروط لديه. إن هذا المدخل لن يكون متيسراً له إلاّ عندما يستوضح في الوقت نفسه عن الشيء الموجود في تعابير المتعالج الذي جعله يستجيب بتقدير ناقص، أي عندما يفهم المتعالج أكثر. وهذا التفهم الموسع للمتعالج هو توسيع لتعاطف المتعالج. وعندئذ لا يمكن أن يكون التعبير اللفظي للمعالج تعبير عن

[٤] كن أن تقود مثل هذه التعابـ سياق موقف ا لعا ـة ككل إ تفاعل يشبه الارتباط ا زدوج (فاتسلافيك، بيافـ وياكسون، ١٩٦٩)

الانفعال المزعج وإنما يصبح التعبير عن الشعور، عن الحالة الانفعالية التي تسيطر على المتعالج في هذه اللحظة والتي يستجيب لها المعالج بمشاعر الغضب والملل ....الخ.

وفي مثالنا يمكن أن يكون المتعالج في موقف انفعالي على نحو:

- أشعر أن المعالج لا يفهمني؛ أفتقد إلى شيء ما، ربما لم أعبر عن نفسي بشكل واضح.
- أريد أن اكتشف فيما إذا كان المعالج راضياً علي حتى عندما أزعجه
- أشعر بأني ممل؛ اعتقد أن المعالج يخدعني عندما يستمع إلى كل شيء بصبر ويبدو منصتاً اهتمام، إن ذلك يجعلني غاضباً
- أرى أني لجوج وسريع الغضب، كما كانت أمي دائماً تقول، علي أن أدفع المعالج في هذا الاتجاه من أجل أن يتذمر مني كذلك، عندئذ لن أكون بمفردي في شعوري هذا.

إن التعابير التعاطفية للمعالج التي يستجيب فيها إلى مثل هذه المشاعر للمتعالج ليست سهلة، لأن مثل تلك المشاعر تنشأ من العلاقة وتمس نوع العلاقة.

كما وأن المعالج معرض لخطر التجاوب بقليل من التقدير، كالتجاوب بعتاب مع تعابير المريض مثلاً لأنها لا تثير لديه الشعور الذي يقف في وجه مشروع العلاقة الذي يطمح إليه فحسب وإنما لأنها يمكن أن تحتوي على نقد كامن له كمعالج نفسي.

وعندما يتمكن المعالج من التعامل بشكل مُقَدِر مع مثل هذه ((المهاجمات)) من قبل المتعالج، أي عندما يتمكن من فهم المتعالج ومن فهم نفسه في ردود فعله عليه ((يختفي)) الانفعال الأساسي وفي الحقيقة يعيش المعالج في مثل هذا الموقف

الخبرات نفسها التي يعيشها المتعالج: إن فهم شعور لم يكن مفهوماً قبل ذلك يجعل هذا الشعور أكثر قابلية لأن يكون مقبولاً وبالتالي أكثر قابلية للاستخدام. المشاعر غير المفهومة هي الصعبة فقط. وينطبق هذا على المعالجين و المتعالجين بالمقدار نفسه. فإذا فهم المعالج غضبه على المتعالج في مثالنا فلن يكون مضطراً إلى تحمل هذا الغضب أو نقله من خلال الإفصاح عنه أو من خلال أية ((عقوبة)) أخرى وإنما يستطيع استخدام هذا الفهم لفهم المتعالج بشكل أفضل.

وبهذا نكون قد وصفنا أهمية الانسجام للسيرورة التعاطفية:فمن خلال تراجع التقدير غير المشروط يستطيع المعالج إدراك وجود نقص في الانسجام لديه ويستطيع من خلال إيضاح مشاعره الذاتية في ردة فعل مباشرة على تعابير محددة للمتعالج أن يجد المدخل لمشاعر المتعالج التي بقيت خافية عليه في الإدراك الغامضunreflectize.

فلنلخص هذا العرض: الانسجام حسب روجرز هو الشرط الضروري الثالث إلى جانب التعاطف والتقدير غير المشروط من جهة المعالج من أجل إقامة علاقة مُساعِدة علاجياً، إن عدم انسجام المعالج يعني حشد ميول الدفاع ضد المشاعر المرغوبة. إن تحليل عدم الانسجام يمكن أن يقود إلى وظيفة مزدوجة في سيرورة العلاج. ويتضح عدم الانسجام من خلال تبدل التقدير والتعاطف في الاتجاه غير المرغوب، وتقدم معالجة اللاانسجام للمعالج إمكانية فهم المتعالج بشكل أفضل وإزالة عدم الانسجام الذاتي ونقص التقدير.

ويشكل الانسجام هدفاً علاجياً يتمثل في أنه إذا استطاع المعالج لفترة طويلة أن يكون منسجماً بدرجة عالية في اتصاله مع المتعالج فهذا يعني أيضاً أنه يستطيع لفترة طويلة أن يكون مع المتعالج متعاطفاً ومُقَدِراً بدون شروط، وهذا يعني أن هدف المعالجة قد تحقق من خلال ذلك.

إن كل ما عرضناه حول إمكانية المعالج بالسعي ضمن السيرورة العلاجية المحددة للانسجام تستثني الإمكانية التي ذكرناها باختصار وهي أنه ألاّ يكون بإمكان المعالج من خلال عصابه الخاص بمفرده اكتساب الوضوح في السيرورة العلاجية من خلال تحليل الموقف الملموس بالمتعالج حول مشاعره الذاتية كشرط لاكتساب الوضوح حول المشاعر التي تسيطر على المتعالج.

خلاصـــــة

يبدو لنا أنه من المهم الاستنتاج أن عرضنا يدور في إطار الشروط التي صاغها روجرز في عام ١٩٥٧ من أجل معالجة نفسية ناجحة ونؤكد على العلاقات الوظيفية لهذه الشروط مع بعضها بعضاً والتي نعتبر فيها المعالجة النفسية بالمحادثة حدثاً تفاعلياً ومشروعاً لعلاقة يعرضها المعالج على متعالجه: المعالج النفسي يبحث عن إنشاء علاقة بالمتعالج يمكن فيها أن يكون متعاطفاً ومقدرً ومنسجماً بدرجة عالية. وتعتبر المعالجة منتهية بمجرد انه يمكن المحافظة على هذه العلاقة لفترة زمنية طويلة، إذ أن هذا يعني في الوقت نفسه أن المتعالج يستطيع مواصلة العلاقة كما يقدمها له المعالج مع نفسه. فالمتعالج يكون عندئذ قد تخلى عن حال عدم الانسجام: إنه يمتلك المدخل إلى المشاعر المسيطرة عليه ولمغزى هذه المشاعر

(تعاطف ذاتي). إنه يقبل ذاته ويحترم نفسه كشخص له قيمة (تقدير ذاتي) ويستطيع أن يوافق بين خبراته وذاته (انسجام ذاتي)، وبهذا يمكن النظر للسيرورة العلاجية النفسية بالمحادثة على أنها حادث يُعاد فيه المتعالج من العلاقة التي يملكها مع نفسه والتي يعيشها هو نفسه أو الآخرين أو كليهما معاً بصورة عاجزة وغير مرضية وقاسيةrigid ......الخ. إلى علاقة أخرى مشابهة للعلاقة المعروضة

عليه من المعالج النفسي. ومن خلال هذا الوصف للمعالجة النفسية بالمحادثة نكون قد أجبنا عن السؤال حول الأهداف التي يملكها معالج نفسي لمتعالجه.

يحاول المعالج تحقيق تعديل المتعالج في هذا الاتجاه من خلال سعيه إلى ((تحقيق)) المتغيرات الأساسية العلاجية الثلاث المتمثلة في التعاطف والتقدير غير المشروط والانسجام، من خلال الاتصال مع المتعالج. ويُهدف في السيرورة العلاجية إلى إيضاح مسألة ما الذي يعيق المتعالج من إقامة علاقة مع ذاته من النوع التي يعرضها عليه المعالج النفسي، أي أن يكون في وضع التقدير غير المشروط والمنسجم والمتعاطف ذاتياً.

إن تعاطف المعالج يمكن فقط أن يصبح فعالاً أي أن ينمي التعاطف الذاتي للمتعالج عندما يكون مخصَبا بمقدار معين من التقدير غير المشروط والانسجام.

وليس التقدير والانسجام في العلاقة العلاجية عبارة عن نوعية إنسانية وإنما هي متغيرات علاجية ذات وظائف محددة. والتقدير والانسجام هما شرطان من أجل فاعلية التعاطف، والتعاطف والانسجام بدورهما يؤثران على إمكانات المعالج بأن يكون مُقَدِراً.

إن تحليلنا لوظائف ولطريقة تأثير المتغيرات العلاجية الثلاث الأساس توضح أن متغيرات المعالجة، التعاطف والتقدير غير المشروط والانسجام ليس لها تأثير مباشر آخر غير التعديل الموصوف لعلاقة المتعالج مع ذاته. أمّا الأهداف العلاجية الأخرى الممكنة، كتخفيض الأعراض فهي غالباً ما تشكل محتوى توقعات المتعالج حول تأثير المعالجة ويغلب أن تكون موضوعاً لقياسات نجاح العلاج في الدراسات التجريبية وموضوعاً لنجاح المعالجة النفسية بالمحادثة. وسوف نتعرض لاحقاً لأهمية هذا التناقض والتعامل العلاجي معه. ويمكن تحديد وعد المعالج النفسي بالمحادثة لمتعالجه من خلال مقولة:

أساعدك في سعيك لمساعدة نفسك عدا عن ذلك لا أعدك بشيء

الفصل الثاني

الاختبار التجريبي لنموذج العلاج النفسي بالمحادثة

يمكن في لغة البحث العلاجي النفسي التجريبي - الإمبيريقي تحديد الإجراءات في السيرورة العلاجية النفسية التي وصفناها في الفصل السابق كالتالي:

تمثل متغيرتا المعالج، التقدير غير المشروط والانسجام، ((متغيرات وسيليه))، ويمكن رؤية طبيعتها ((الوسيلية)) من ناحية أثرها الذي يمكن أن تثيره لدى المتعالج، والمتمثل في كونها لابد من أن ((تكون موجودة)) بدرجة معينة كي يكون تعاطف المعالج ممكناً وفعالاً. إن التعديلات المؤثرة نفسياً لدى المتعالج تتسبب في المعالجة من خلال تعاطف المعالج. غير أن التعاطف لا يثير مثل هذه التعديلات مباشرة. فالمتغيرة الوسيطة في هذه السيرورة من التعديل هي التعاطف الذاتي للمتعالج. فبمجرد دخول المتعالج في سيرورة (متقدمة) من التعاطف الذاتي تصبح التعديلات ممكنة لديه، وإن كان الأمر ليس بالضرورة على شكل قانونية معطاة.

ويتعقد عرض مجرى التأثير في السيرورة العلاجية من خلال تأثير ثلاثة أنواع من الارتباطات بين سمات هذه السيرورة. وهذه الارتباطات سببية causal وتبادلية interdependence و مُعَدِله moderated. ويتضح ذلك من خلال الوصف التالي: يتعلق تقدير المعالج بفهمه التعاطفي للمتعالج إلى درجة معينة. إنه لن يستطيع باستمرار تقبل شيئاً لم يفهمه. بالإضافة إلى أن المعالج لا يستطيع أن يتفهم تفهماً حقيقياً إلا

ما يستطيع تقبله (تبادل بين التعاطف والتقدير لدى المعالج). إن مقدار تقدير المعالج لا يتحدد فقط من خلال فهمه للمتعالج وإنما كذلك من خلال انسجامه (تأثير سببي للانسجام على التقدير في المعالج). غير أن تأثير التعاطف أي تأثيره على التعاطف الذاتي للمتعالج (تأثير سببي للمعالج على المتعالج) يتعلق من جهة أخرى إلى حد ما، فيما إذا كان ما فهمه المعالج من المتعالج قد قبله أيضاً (تأثير مُعَدِل للتقدير ضمن السيرورة العلاجية). بالإضافة إلى ذلك نفترض وجود ارتباط تأثير معقد على جانب المتعالج أيضاً. مثال: يتطلب تعديل المتعالج توفر شرط يتمثل في أن ما يخبره المتعالج عن طريق التعاطف الذاتي، أي ما يفهمه من ذاته، لابد وأن يتمكن من تقبله أيضاً. من جهة أخرى يتطلب تقبل الذات مقدار معين من الانسجام مع الذات. وفي عرضنا أرجعنا فاعلية التأثير العلاجي النفسي بالمحادثة إلى فاعلية التعاطف بشكل خاص. ونفترض أن التفهم المتعاطف هو العامل الحاسم لمعالجة نفسية بالمحادثة. نرى أن إبداء التعاطف في شكل التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية قابل للتعليم والتعلم، بينما اكتساب الشروط لتحقيق متغيرات المعالج، أي التقدير غير المشروط و الانسجام هما أقرب لأن تكونان ممكنتا التحقيق من خلال سيرورة الخبرة الذاتية. ونفترض أن التقدير و الانسجام عند معالج ما يمكن أن يكون لهما تأثير مباشر على المتعالج. ونعتقد على سبيل المثال أن تقدير المعالج يمكن أن يرفع مشاعر القيمة الذاتية عند المتعالج، غير أننا نرغب هنا بالتمييز بوضوح بين المعالجة النفسية وأشكال أخرى من التأثيرات البناءة على الناس التي يحتل فيها بشكل خاص التقدير أهمية مباشرة كالتربية والرعاية والدعم والتشجيع...الخ (قارن الفصل السادس). ونريد أن نخصص مصطلح المعالجة النفسية إلى شكل من التأثير على إنسان آخر، تتاح لهذا الشخص من خلال علاقة عابرة بالمعالج الفرصة لإقامة العلاقة التي عرضها عليه المعالج مع ذاته باعتبارها العلاقة التي تحقق الذات من خلال إزالة التنافر.

إذا أراد المرء إيضاح تشابك السيرورات المعروضة في المدخل التي تدور في معالجة نفسية بالمحادثة في المتعالج و المعالج وبينهما والتي يجب فهمها دائماً على أنها عناصر للعلاقة بين كلا شريكي التفاعل فإنه يغدو من الضروري التخلي عن ((مجموعة المتغيرات)) التي سادت مؤخراً في البحث العلاجي النفسي؛ أي

أنـه يجـب فـي الأبحـاث التجريبيـة إعـادة طـرح مسألة تعلقيـة أم استقلالية متغيرات المعالج وكذلك مسألة تأثيرها من جديد من خلال أخذ فرضياتنا بعين الاعتبار.

وسـوف نناقش فيما يلـي وجهـة نظرنـا ومجموعـة المتغيرات بصورة غالبـة مـن زاويـة بحث المعالجـة النفسية بالمحادثـة؛ وسـوف يتضـح هنـا كيـف تحـدد طريقـة البحث وإدراك المعالجة النفسية بالمحادثة يعضهما.

١. مسائل ((تقليدية))

انطلق وينطلق بحث المعالجة النفسية بالمحادثة حتى الآن من مسألتين:

a) مـاذا يحـدث لـدى المتعـالج عنـدما يتصـرف المعـالج وفـق المتغيـرات الأساسية الثلاث ؟

b) مـا هـي السمات (الإضـافية) التـي علـى المعـالج تحقيقهـا إذا كـان ينبغـي إثـارة التعديلات البناءة لدى المتعالج؟

ولإيضاح هذه المسائل تم إجراء أبحاث متنوعة وفق النموذج التالي:

a) تتم دراسة إلى أي مدى يطابق سلوك المعالج سمات محددة. ويـتم مراقبـة مـدى تأثير مقدار هذه السمات على مجرى سيرورة المتعـالج أو علـى سمات النجـاح. وأحياناً تم دعم الدراسات من هذا النوع بوساطة أبحاث حـول التغـاير التجريبـي لسلوك المعالجين.

b) يتم البحث عن سمات المعالج التي تتغـاير مـع سمات مجرى سيرورة المتعـالج أو سيرورة النجاح. ومن خلال أبحاث من مثل هذا النـوع يتم عـادة الاستنتاج،

أنه من أجل الوصول إلى تعديل لدى المتعالج على المعالجين أن يتصرفوا بطريقة مطابقة لنتائج البحث؛ ويجب التمرن على سمات المعالجين التي تحقق النجاح من أجل التمكن من تحقيقه بصورة مثلى.

لقد تم تبسيط طريقة البحث الموصوفة هنا وذلك من خلال التغلب على أسطورة تجانس المتعالج و المتعالج. وقد تم طرح مسألة البحث بصورة أكثر تفريقية وذلك في صيغة: ما هي التغيرات التي يحدثها معالجون محددون من خلال إجراءات محددة لدى متعالجين محددين؟

وتعد نتائج مثل هذا النوع من الأسلوب في التفكير والبحث محاولات لتطوير تصورات حول المعالجة النفسية التفريقية.

٢ . المعالجة النفسية التفريقية من وجهة نظر المعالجة النفسية بالمحادثة

السمة الأساس للمعالجة النفسية بالمحادثة منذ بداياتها إنها لا تعتبر نفسها تصور منته بل تصور متبدل بتأثير متبادل للأفكار النظرية والممارسة العلاجية.

بكلمات أخرى: يفهم ذلك التصور ((الساري)) - النظري والعملي - على أنه تصور مؤقت، أي غير كامل وبالتالي فهو يحتاج للتعديل. فتعديل الأسلوب متضمن إذاً في التصور concept immanent. وهذه القابلية للصياغة الجديدة يمكن قراءتها في خطوات التطور التي خطتها المعالجة النفسية بالمحادثة منذ ١٩٤٠.

في البلدان المتحدثة بالألمانية لم تتم مجاراة هذه التطورات دائماً؛ لقد استخدم التطور المنقول - على الأقل فيما يتعلق بالمعالجة الفردية - بشكل أكثر صرامة.

ولفترة طويلة سادت في البحث مسألة ما الذي يصدر فعلاً عن معالج نفسي في معالجة نفسية بالمحادثة، في حين أن التعرض إلى الكيفية التي يمكن فيها تعديل التصور بنجاح وبشكل معقول كان أقل.

ويلاحظ في السنوات الأخيرة فقط وجود مساع واضحة - وفي أوروبا أيضاً- نحو مبادئ جديدة للمعالجة النفسية بالمحادثة، تتجلى عند تاوش في قفزة كبيرة، إلا أنه يتخلى عن المعالجة النفسية بالمحادثة كمعالجة فردية كلية لصالح لقاء المواجهة encounter.

وفي أثناء التحضير للصياغة الجديدة ظهرت المعرفة المتمثلة في أن المعالجة النفسية بالمحادثة لا تكفي لكل المتعالجين بالطريقة نفسها كوسيلة مساعدة. وهذه الحقيقة ناتجة بصورة واضحة جداً من حالة أن الأبحاث حول نجاح المعالجة قد سجلت دائماً ((نسبة فشل)) محددة أيضاً.

وربما يكون الاستعداد لتعديل الصور قد برز من الخبرات المباشرة للمعالجين أكثر من المواد الإحصائية - المتمثلة في أنه لم يتم تحقيق التعديلات المرغوبة والمتوقعة حسب التصور مع بعض المتعالجين في المعالجة، عدا عن أن الخبرات قد أظهرت التقدم المدرك بوضوح في السيرورة العلاجية لمتعالجين متفرقين يحدث وفق ((انحرافات)) ((عفوية)) عن السلوك

((الصحيح)) للمعالجين.

ويتم التشكيك في صلاحية المعالجة النفسية بالمحادثة كشكل من أشكال المعالجة صالحة لكل المتعالجين ولكل أنواع المشكلات للأسباب الخمسة التالية:

١- نتائج الدراسات:

- لقد تم إيضاح أثر المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال السمات المبحوثة التي تميز سلوك المعالجين في المعالجة النفسية بالمحادثة بصورة جزئية فقط؛ هناك إذاً عوامل مهمة بالنسبة للسيرورة العلاجية غير معروفة أو غير محددة حتى الآن (إلى جانب العوامل التقنية - القياسية و الطرائقية الأخرى) والتي لا يمكن التعبير عنها في أرقام. وفي هذا الاعتبار فإنه لابد من مراعاة السمات الخاصة للتفاعل المعني إلى جانب مراعاة السمات الخاصة لكل المعالجين و المتعالجين بالأسلوب نفسه.

- المعالجون القادرون على تحقيق المتغيرات الأساسية بدرجة كبيرة لا يحققون النجاح دائما

(قارن مثلاً شفارتس ١٩٧٥).

- تظهر دراسات حول اقتراب المعالجين ذوي الاتجاهات المختلفة من بعضهم مع ازدياد الخبرات أن المعالجين يتعلمون من الخبرة المتزايدة أفضل مما يتعلمون من التحسن في تحيق المتغيرات الأساسية.

- هناك دلائل أولية على أن ((النوعيات)) المختلفة للمعالج تكون ذات أهمية في أوقات مختلفة في مجرى العلاج.

- لقد ظهرت فروق بين المتعالجين الذين يعتبرون مهمون بالنسبة لنجاح مشروع خاص

(مسألة الاستطباب Indication أنظر الفصل الخامس).

- وهناك دلائل على أن العروض العلاجية المختلفة لا تختلف عن بعضها في حجم الأثر العام إلاّ أنها تختلف في نوع التعديلات النوعية القابلة للتحقيق من خلالها.

٢- *نماذج التفسير:*

اقترحت في البحث عن نماذج التفسير التي تمكن من إيضاح فاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة مداخل علمية تقود إلى إجراء تفريقي.

٣ - *الممارسة:*

تتطابق ممارسة المعالجين النفسيين بالمحادثة في السنوات الأخيرة بشكل واف مع الأسلوب

((التفريقي))؛ وهنا يتعلق الأمر جزئياً بتغاير السلوك الذاتي الذي يحدث عادة بشكل متعلق بالمتعالج غير أنه لا يكون مقصودا من قبل المعالج على الإطلاق. ويتعلق الأمر إلى حد ما كذلك بتخلٍ قلما يمكن تبريره نظرياً بشكل منطقي للنموذج العلاجي النفسي بالمحادثة (قارن مثلاً التقارير الخاصة بذلك في منشورات جمعية المعالجة النفسية بالمحادثة).

٤ - *التأهيل:*

يطلـع النفسانيون بـل وأدق المعـالجون النفسيون الطـلاب علـى تصورات علاجيـة مختلفـة؛ ومـن هنـا بـصعب علينـا أن نتـصور أن الإنـسان يمكنـه ((الاعتمـاد)) علـى تصور معين.

٥- حتمية الاضطرابات:

تزداد بصورة مطردة المعرفة المتمثلـة فـي أنـه لا يمكن فهم مشكلات النـاس علـى أنها مشكلاتهم الفردية وحدهم ومن هنا يمكن اشتقاق مطلب تطـوير أدوات علاجيـة مُساعدة إضـافية تأخذ بالحسبان الحتميـة الفوق - فرديـة ولكن لـيس الشك بمطلـب إمكانية التغلب على كل شيء بواسطة المعالجة النفسية.

إن المحـاولات المشتقة مـن هـذه المـصادر لتحديـد المعالجـة النفـسية بـشكل أكثـر تفريقيـة، مـأخوذة عـن اتجاهـات مختلفـة وتنحـرف كثيـراً عـن الـشروط العلاجيـة المحددة للمعالجة النفسية بالمحادثـة. ويمكن تـصنيف المبـادئ الواضـحة حتـى الآن والمشتركة والتي تشترك جميعها بأنهـا تعتبـر الشروط العلاجيـة للمعالجـة النفسية بالمحادثة غير وافية بصورة عامة وفق الأسلوب التالي:

المبدأ الاستطبابي التفريقي

انطلاقاً من النماذج العلاجية الموجودة تـدرس مسألة فيمـا إذا كـان شكل معين مـن العـلاج ملائمـاً لمتعـالجين ذوي سـمات نفـسية محـددة، أو ذوي أعـراض خاصـة أم غير ملائم (قارن أيضا الفصل الخـامس). إذاً فالمحاولـة هنـا هـي فـي إيجـاد معـايير يمكن وفقها إعطاء كل متعالج الشكل الأمثل من العلاج بالنسبة له.

وقد قدمت محاولات في هذا الاتجاه (بوتغراس، ١٩٧٣، صفحة ٣٧٨ و شرامل، ١٨٦٩، صفحة ١٣٠ وما بعدها). أما فيما يتعلق بالمعالجة النفسية بالمحادثة فإن المحاولات لإيجاد معايير مهمة تنبئياً في الشخص أو في المتعالج لم تلق الكثير من التوفيق. بالمقابل تبدو محاولة الاستفادة تنبئياً من استجابة المتعالج لشروط المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال سرد خبرته (إيكرت، ١٩٧٤) و سلوك سيرورته (شفارتس، ١٩٧٥) في المحادثات الأولى جديرة بمواصلة البحث. وقد قام مارتين (١٩٧٥) بتطبيق مهم إلاّ أنه مازال غير قابل للاختبار التجريبي، حيث لم يتقيد بالمستويات العَرَضية symptomatological وإنما قام بالتمييز بين الأضرار النفسية طبقاً لدوافعها، واعتبر أنه في الصراعات المدفوعة خارجياً فإن المعالجة السلوكية هي وسيلة الاختيار، أما في الصراعات المدفوعة داخلياً فالمعالجة النفسية بالمحادثة هي الوسيلة الأفضل (قارن الفصل الخامس).

المبدأ ذو الاتجاه الاجتماعي

يتضح من بعض الأبحاث العلاجية المقارنة القليلة التي لا تقتصر على المظهر الكمي بمفرده، أي على برهان التفوق العام لشكل علاجي محدد، انه إلى جانب التعديلات المتساوية تسبب الأشكال العلاجية المختلفة في مجموعات المتعالجين القابلة للمقارنة تعديلات مختلفة كمياً أيضاً. وطبقاً لذلك فإنه من الممكن اتخاذ القرار من قبل المتعالج أو المعالج أو كليهما معاً حول نوع التعديل الذي يُطمح إليه وبهذا أيضاً حول شكل العلاج الملائم كوسيلة لهذا التعديل.

المبدأ الاستراتيجي

تتألف المحاولة الأبعد لتطوير معالجة نفسية تفريقية من المساعي نحو التخلي عن النماذج العلاجية القائمة لصالح تطوير ذرائعي لنموذج واسع. وعليه فقد سعى باستاين Bastin إلى وضع قائمة بالاستراتيجيات التأثيرية التي يمكن منها تشكيل الاستراتيجية التي يمكن أن تُقبل من المعالجين وذلك حسب هدف المعالجة ونوع الموقف.

المبدأ السيروري

وصف روجرز في مقياس السيرورة Process scale مجالات يخبر فيها المتعالج تعديلات في أثناء المعالجة (قارن الفصل الرابع). وقد أثبت إيكرت ١٩٧٤ أن خبرات المتعالجين تتغير في أثناء المعالجة بشكل مختلف في مجالات مختلفة ؛ وهكذا تسود في بعض الأحيان تعديلات في المجال المعرفي وفي أحيان أخرى تعديلات في المجال الانفعالي. وتظهر في الوقت نفسه فروق في مجرى الخبرة للمتعالجين الناجحين وغير الناجحين. لقد نبهت دراسة إيكرت إلى مناقشة تطابق السلوك العلاجي للدراسة المعنية بمجرى السيرورة وبرهان سلوك المعالجين على هذا الأساس.

وتستخلص نتائج مشابهة من الآراء النظرية المعلوماتية حول تفسير فاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة. فارتباطاً بنوع تمثل المعلومات المتبدل من قبل المتعالجين فإنه من الضروري وجود استراتيجيات معلومات مختلفة.

ويمكن كذلك وضع كل المحاولات التي تهدف دفع سيرورة العلاج على شكل المعالجة النفسية بالمحادثة (أي تنمية الخبرة experiencing أيضاً بوساطة وسائل

المعالجة النفسية بالمحادثة طالما لا تتناقض تلك مع السلوك القاعدي العلاجي، ضمن الأساس ذي الاتجاه السيروري. ويمثل تشوبلاين هذا المبدأ ١٩٦٧.

وحتى في السابق كانت هناك دلائل في هذا الاتجاه. فمن دراسة قام بها ترواكس يمكن الاستنتاج أنه لدى المتعالجين ذوي السبر الذاتي المنخفض يكون المقدار العالي من التعاطف المُصاغ لفظياً غير ملائم ويمكن أن يقود لقطع العلاج.

ويبدو لنا أنه من المهم مراعاة أنه لا يمكن تقييم مجرد حقيقة التعديل في سلوك المعالجين أو مجرد حقيقة تجريب التأثير المستقبلي للعلاج النفسي بالمحادثة كأسلوب تفريقي بحد ذاته. حتى أنه توجد بالنسبة لمثل هذا التبدل الذي تكثر ملاحظته في الممارسة مجموعة كبيرة من الأسباب

((غير المتمايزة)) والتي تشير جزئياً إلى همنا الرئيسي:

- المتعالج قد أوصل للمعالج الشعور بأنه لا يمتلك وسيلة كافية لحل مشكلاته؛
- يملك المعالج مشكلة المتعالج نفسها، ولم يتمكن حتى الآن من حل هذه المشكلة وغير واثق بإمكاناته العلاجية النفسية بالمحادثة في هذه الحالة الخاصة؛
- يتحول موقف المعالجة بالنسبة للمعالج إلى موقف أكثر غموضاً، و ((تتراكم)) المعطيات ولا تلوح في الأفق النجاحات، فيأمل بالارتياح من خلال طرائق أكثر توجيهية directive Methods ؛
- يريد كل من المعالج و المتعالج تحقيق النجاح أخيراً
- المعالج غير مقتنع بفاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة في كثير من المواقف؛

□ يعتقد المعالج أنه يعرف ما هو صالح ((في الحقيقة)) بالنسبة للمتعالج ومن هنا يتخلى عن إطار المعالجة النفسية بالمحادثة.

وكنا قد أكدنا (الفصل الأول) وسوف نؤكد (خصوصاً في الفصل الثالث والرابع والخامس) أن تفكير المعالجين النفسيين بالتخلي عن السلوك العلاجي النفسي بالمحادثة لصالح أنماط السلوك

((التوجيهية)) يمكن فهمة، بل ويجب فهمه، على أنه مثير من أجل فهم الطريقة التي يأبى من

خلالها المتعالج في الحقيقة تقبل مشروع العلاقة التي يعرضها عليه المعالج ولماذا يأبى ذلك. ويمكن القول بشكل عام جداً إنه من خلال بناء أسس لمعالجة نفسية تفريقية يتم توسيع وتمايز مجموعة المتغيرات ولكن لا يتم التخلي عنها. كما تدور أبحاث المعالجة النفسية التفريقية حول تحديد المتغيرات المستقلة والتابعة، كما يطالب بذلك كيسلير ضمنياً [٥] ؛ وينظر للمتغيرات التي تعمل مع هذه المتغيرات التابعة والمستقلة على أنها متغيرات تشويش. أما نقدنا للمبادئ التفريقية التي عرضناها فيتمثل في:

أن السيرورة العلاجية الفعلية تصبح أكثر صعوبة وغموضاً في طبيعة سيرورتها مع الازدياد المستمر في تمايز متغيرات المدخل من جهة المعالج ومع الازدياد المستمر لتمايز متغيرات السيرورة والنجاح من جهة المتعالج التي تهدف إلى الوصول إلى مقولات أكثر تمايزاً حول من هو المتعالج وبأية أنماط من ردود

[٥] قاوم روجرز مثل هذه ا اولة ١٩٥٩

الأفعال وعلى أي نوع من العروض العلاجية يستجيب؟. ويمكن توضيح كيفية سير المساعي المذكورة من خلال مثال بسيط:

إذا أردت أنا (المعالج) شراء نوع معين من السجائر (نجاح) من جهاز آلي محدد

(متعالج)، فعلي حسب نوع الجهاز الآلي (المتعالج) إما وضع ثلاث قطع نقدية كل منها من فئة المارك أو قطعة واحدة من فئة الماركين وواحدة من فئة المارك أو ثلاثة ماركات بطريقة اختيارية (ن) كأن تكون قطعاً نقدية صغيرة جداً بطريقة عشوائية (سمات المعالج)، وعلي في أثناء ذلك مراقبة أن القطع النقدية الصغيرة غير مشوهة (متغيرات تشويه، تتطلب معالجة مسبقة، ربما التجليس بالمطرقة). بالإضافة إلى هذه الشروط الضرورية علي استخدام سمة تفريقية، إذ علي من أجل الحصول على نوعية سجائر محددة (النجاح) أن أضغط على زر محدد وذلك حسب نوع الجهاز الآلي(متعالج) أو أيضاً أن أضغط مقبض من مجموعة من المقابض (أو أكثر من مفتاح) إذا كانت هناك عدة أصناف من السجائر من النوع نفسه (النجاح).

وعموماً ولدى وجود نماذج بحث دقيقة بهذا الشكل يمكنني الافتراض فإنني أستطيع عند توفر معارف تشخيصية كافية حول المتعالج وكذلك حول المعالج وحول هدف المعالجة المرغوب برمجة المشروع العلاجي منذ البدء - وفي بعده الزمني أيضاً - بحيث لا يحتاج الأمر إلى تصحيحات لاحقة. وتنقطع السيرورة العلاجية الفعلية، أي التفاعل وبدلاً من ذلك يزداد وصف السيرورة باعتبارها تطبيق لإجراءات علاجية ينبغي برمجتها بدقة وبصورة تفريقية على المتعالج من

خلال المعالج. وسوف نعود في الفصل الخامس لمناقشة توهم هذه المساعي مرة أخرى.

نريد أن نوضح مرة ثانية أن السيرورة العلاجية بالمحادثة تمثل تطور علاقة. ويتضمن المفهوم ((تطور)) هنا أنه يجب ألا يكون قد نشأ قي بداية المعالجة نوع محدد من العلاقة على شكل علاقة ((طيبة)) مثلاً وهذا يعني أيضاً أن عدم التمكن من تقبل مشروع العلاقة العلاجية ينبغي ألا يكون مناسبة لاختبار صلاحية العرض العلاجي بالنسبة لمتعالج معين واختراع تعديلات في حالة الضرورة، وإنما يمكن أن يكون عدم إمكانية تقبل العرض العلاجي جزءاً أساسياً للسيرورة العلاجية؛ إننا نضيع فرص التعديل عندما نتجنب هذه ((المقاومة)) من خلال تعديل منهج المعالجة بدلاً من التعامل معها.

وبالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة التي تعتبر مشروع علاقة فإن نموذج بحث آخر مكافئ لمبدأ المتغيرات يتم العمل فيه وإنجازه بصورة تفريقية. وينطلق هذا المبدأ من أن:

- يقوم المعالج بتقديم مشروع العلاقة

- يمتلك المتعالج ذخيرة من أنماط ردة الفعل على عروض العلاقة المختلفة الأنواع

- يعتبر كل من المعالج و المتعالج متغيرتين مستقلتين، أي أنه انطلاقا من حقيقة أن سلوك المتعالج يتجلى في وقت لاحق من الناحية الزمنية فإنه لا يجوز الاقتصار على تعلقيته

ولكن عندما يدخل سلوك المعالج و المتعالج بشكل متساو كمتغيرتين مستقلتين في السيرورة العلاجية يجب النظر إليهما كمتغيرات متعلقة بناء على التفاعل في المعالجة، بناء على الأحداث في سلوك وخبرة المعالج و المتعالج في السيرورة العلاجية وتأثيرهما المتبادل.

وإلى جانب أن مطلب أسلوب البحث هذا مقبول فإنه من المهم بالنسبة لنا التأكيد ثانية على سمة نوعية أخرى للنموذج العلاجي النفسي بالمحادثة وتأثيراته على الأبحاث الإمبيريقية: المعالجة النفسية بالمحادثة هي نموذج يصف سيرورة المعالجة وهي أساساً ليست نموذجاً يفسر نشوء السلوك أو حتى السلوك الشاذ أو القصور في السلوك (أنظر أيضاً الفصل II)، وإنما هي عبارة عن نموذج يصف فقط كيف يمكن وضع إنسان ما في حالة يتمكن فيها من تعديل نفسه وكيف يسير هذا التعديل. المعالجة النفسية بالمحادثة لا تضع مقولات حول المجريات السببية أو آليات التأثير مثل حوادث التعلم التي تمس الارتباط بين سيرورة المعالجة وتأثيرها.

ولا بد من مراعاة ((حدود صلاحية)) نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة هذا، عندما يتعلق الأمر بالأفكار حول كيفية اختبار النموذج أو فرضياته إمبيريقياً.

ولابد عند اختبار فاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة بصورة خاصة من التمييز بين الأسس العلمية داخل النموذج والأسس العلمية التي تتعدى النموذج.

فداخل نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة يتم اختبار الفاعلية من خلال أهداف العلاج التي تتجاوز رؤية تعديل العلاقة التي يملكها المتعالج مع ذاته. وهذا يعني أيضاً أن التحديد المسبق للترابطات بين سمة سيرورة ما (الانسجام مثلاً) و درجة

نجاح المعالجة (تخفيض العصابية مثلاً) بهدف إثبات أهمية سمة السيرورة هذه يبتعد عن نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة، إلاّ أنه يوجه السؤال للمعالجة النفسية بالمحادثة من كثير من الجهات وليس أخيرا من المتعالج نفسه الذي يأتي حاملاً غرضاً محدداً ويتوقع التخلص منه.

فما هو احتمال المساعدة الذي تقدمه المعالجة النفسية بالمحادثة (أنظر الفصل V) ؟

إن الإجابة عن مثل هذا السؤال تكون برأينا فقط ذات فائدة إذا ارتبطت مع رؤية لتعديل العلاقة التي يملكها المريض مع نفسه، أي إذا ارتبطت بتعديلات في سمات التعاطف الذاتي وتقدير الشخص لذاته. ولا بد من مراعاة هذه الأفكار في الأبحاث الإمبيريقية المتعلقة بدراسة النجاح. وعليه فإن استخدام مقياس العصابية المرغوب في دراسات النجاح القادم من نماذج أخرى ذات الاتجاه العرضي الشديد مثلاً (كمقياس N من FPI [6])، يعني ترك نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة أيضاً). غير أن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية بالمحادثة يجب أن تظل بدون تأثير على عصابية المريض، حتى تلك العصابية القابلة للقياس على مقياس ما أيضاً، وإنما يعني ذلك فقط أن نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة لا يشتمل على نموذج عصاب ذي توجه عرضي وإنما هو من منظور التعديل عبارة عن نموذج عصاب ذي توجه بنيوي (راجع كذلك الفصل III).

فإذا تخلينا عن النظر لمتغيرات المعالج على أنها المتغيرات المستقلة ولمتغيرات المتعالج على أنها المتغيرات التابعة (أي عندما نتخلى عن نظرية المتغيرات)، وعندما نراعي حدود صلاحية نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة فإنه ينتج عن ذلك

استنتاجات لم تراعى حتى الآن حسب معرفتنا ؛ وينبغي من وجهة النظر هذه أن يشكك في إجراءات الكثير من الأبحاث الإمبيريقية حول المعالجة النفسية بالمحادثة. ومع ذلك فسوف نحاول فيما يلي اشتقاق إرشادات حول صلاحية الأفكار المعروضة في هذا الكتاب (خصوصاً الفصل I) من نتائج الدراسات المتوفرة القائمة على نظرية مجموعة المتغيرات. ولأن أفكارنا حول المعالجة النفسية بالمحادثة باعتبارها ((معالجة علاقة)) قد نشأت من سياقات أعمالنا الخاصة الباكرة، فإننا سوف نقوم فيما يلي بعرض هذه الأعمال ونتائجها وإمكانات تفسيراتها.

٣. *أبحاثنا الخاصة*

من مجموعة مكونة من ٩٧ متعالج تلقوا معالجة نفسية بالمحادثة في مركز الإرشاد في المعهد النفسي التابع لجامعة هامبورغ تم بناء مجموعتين متطرفتين: ٢٥ منهم استفاد بوضوح من المعالجة النفسية بالمحادثة (متعالجين متحسنين) و ٢٥ لم يشهد أو قلما شهد تحسناً من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة (متعالجين غير متحسنين)، وكان مقياس التعديل توليفاً بين قيم التعديل في مقاييس (N و E) لمقياس FPI ((Eggert, 1970) و مقياس Pt لمقياسMMPI

(اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية) ((Sprain & Sundberg, 1963) وإقرار المتعالجين حول مقدار التعديل العلاجي المعاش ذاتياً (مقياس مكون من أربعة بنود لستروب وفالاخ و فوغان، ١٩٦٤). وقد تمت في هاتين المجموعتين المتطرفتين دراسة مايلي:

---

[٦] FPI مقياس فرايبورغ للشخصية: مقياس أ ا واسع الانتشار شبيه باختبار مينسوتا ا تعدد الأوجه للشخصية بالإضافة إ اشتماله

١- فيما إذا كان المتعالجون المتحسنون يختلفون عن المتعالجين غير المتحسنين في سلوكهم في المعالجة منذ المحادثات العلاجية الأولى

٢- فيما إذا كان المعالجون يختلفون في سلوكهم تجاه متعالجي كلتا المجموعتين منذ بدء المعالجة

٣- فيما إذا كان يمكن إثبات وجود فروق في نوع التفاعل بين المعالجين والمتعالجين في المحادثات البدئية بين كلتا هاتين المجموعتين

وقد تم تحديد مجالات السمات (سمات السيرورة) فيما يتعلق بسلوك المعالجين والمتعالجين والتفاعل بينهما حيث تم تقدير درجة وضوحها بوساطة مقاييس. وقبل التطرق لمجالات السمات هذه سوف نقوم بعرض نتائج مقارنة تحليل التباين للمجموعات.

السؤال الأول:

١-المتعالجون المتحسنون:

- أبدو مقداراً عالياً من الاستقصاء الذاتي
- تحدثوا أكثر حول مشاعرهم
- ناقشوا ذاتهم حول سلوكهم بشكل أكثف
- بدوا ممسوسين عاطفياً أثناء وصفهم

على أبعاد أخرى من الشخصية كالعصابية والذهانية والانبساطية والانطوائية (ا ترجم)

- تقبلوا مشاعرهم الذاتية بصورة أبكر.

٢- المتعالجون غير المتحسنين

لم تظهر فروق بين المجموعتين المتطرفتين فيما يتعلق بسمات ((تنوع تعابير المتعالجين)) و

((العفوية اللغوية))

السؤال الثاني:

كان المعالجون النفسيون في التعامل مع المتعالجين المتحسنين

- أكثر اهتماماً عاطفياً
- أقرب لأن يكونوا متجاوزين في تعابيرهم لما عبر عنه المتعالجون
- أكثر مرونة في سلوكهم اللغوي
- أكثر مشاركة داخلياً
- أكثر وضوحاً في تعابيرهم حول مشاعر متعالجيهم مما هو الأمر مع المتعالجين غير المتحسنين، ولم تظهر أية فروق في سمات التعبير عن ((محتويات الخبرة الانفعالية))

- (قدرت وفق مقياس تروكس المعدل من تاوش وآخرين ١٩٦٩) وفي سمة ((تكرار التطرق لمشاعر المتعالجين)) و ((مباشرية صياغات المعالج)).

السؤال الثالث:

في مجموعة المتعالجين المتحسنين تم تقدير:

- العلاقة الانفعالية بين المعالج والمتعالج على أنها أفضل
- مجرى المحادثة على أنه أكثر تشاركية
- مساهمات المحادثة من المعالج والمتعالج على أنها أشد استناداً إلى كليهما،

مما هو الأمر عليه في مجموعة غير المتحسنين.

وسوف نقوم هنا بمناقشة هذه النتائج استناداً إلى اتفاقها مع أفكارنا سالفة الذكر.

وبما أن الفروق بين المتعالجين المتحسنين وغير المتحسنين قد لوحظت في الاتصالات الأولى، أي قبل أن يتأكد نجاح المعالجة بوقت طويل، فإنه يمكن فهم السمات التي ظهرت فيها هذه الفروق على أنها كاشف لنجاح المعالجة. ومن هنا كان الانطباع المسيطر، بأن ردود أفعال المتعالجين على العرض العلاجي كانت أفضل الكواشف لنجاح المعالجة. وسوف نتحدث عن ذلك في سياق آخر (الفصل V) وذلك عند الحديث عن القابلية للاستجابة. ونريد هنا أن نوضح هذه القابلية للاستجابة في سياق فرضياتنا.

لقد كانت ((شدة مواجهة المتعالجين لأنفسهم)) أشد تمايزاً بين المتعالجين المتحسنين لاحقاً وغير المتحسنين. أما درجات المقياس لهذه السمة وإيضاحاتها فهي:

شدة مواجهة ا تعا لنفسه

اسم المرتبة أو الدرجة	شرح
I. يشعر المرء أن المتعالج قلما يناقش نفسه	□ يترك المتعالج تعبيراته أو تعبيرات المعالج بدون نقاش، وعندما يتكلم المعالج يعبر المتعالج عن موافقته أو رفضه فقط دون الخوض فيما قاله المعالج □ يتحدث عن نفسه والأشخاص الآخرين ومواضيع خارجية على شكل توكيدات أو مخططات جاهزة مسبقاً
II. يشعر المرء أن المتعالج يواجه نفسه بصورة مكثفة	□ يجادل المعالج نوعاً ما ويتوقع من المعالج أن يبدي ردود أفعال ونصائح وإرشادات ملموسة □ يتناول المتعالج تعبيرات المعالج ويسعى إلى صياغات جديدة أدق بطريقة مُصَحِّحَة أو

موَسِّعة أو مُقَيِّدة. إنه يزن صحة مواقف مختلفة ممكنة مع بعضها

- يتحدث مع نفسه أكثر من الحديث مع المعالج (" نقاش داخلي " مُلَفْظن[٧])

وتشير علاقات مراتب المقياس وتحديدها الأقرب إلى ما يلي:

يتعلق الأمر في هذه السمة من حيث المبدأ بإمكانية المتعالج الدخول في علاقة تعاطفية مع نفسه. المتعالجون الناجحون لاحقاً يرون مكان التعديل في ذاتهم ويواجهون أنفسهم كشيء بديهي ويستفيدون من ردود أفعال المتعالج التعاطفية باعتبارها دفع إلى هذه المواجهة. بالمقابل لا يقيم المتعالجون غير المتحسنين لاحقاً علاقة تعاطفية مع ذاتهم ويتقوقعون ضد تعابير المعالج.

وسوف نقوم لاحقاً بإيضاح أن هذا التقوقع ليس بالضرورة أن يكون دفاعاً عن النفس ضد تعاطف المعالج يمكن أن يكون شيئاً يرغب المتعالج من خلاله في أن يُفهم فيه كذلك. إننا نترجم هذه النتائج على النحو التالي:

لا يؤدي تعاطف المعالج مباشرة إلى التعديل (لم يكن هناك ارتباط بين التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية ومقدار النجاح) كما ولا يحقق تعاطف المعالج هذا التعاطف الذاتي وإنما يشكل عَرْضاً يمكن لأغلب المتعالجين استخدامه من أجل السيرورة التعاطفية الذاتية، في حين لا يستغله آخرون وذلك طبقاً للكيفية التي

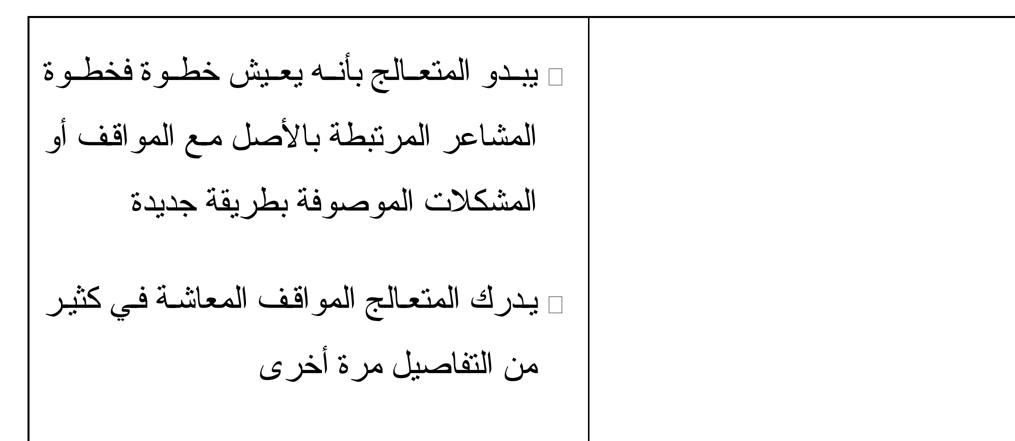
---

[٧] نقاش داخلي معبر عنه بطريقة لفظية مسموعة (المترجم)

يتقبلون فيها العلاقة بالمعالج وبهذا بأنفسهم أيضاً. ونعتقد طبقاً لرؤيانا أن إمكانية استغلال عرض التعاطف الذاتي تتأثر بفيما إذا كان المتعالج يستطيع تقبل ما بدأ بفهمه أو بما يعرض عليه على أنه مفهوم منه؛ ومن أجل تحقيق ذلك يشترط بدوره وجود مقدار محدد من الانسجام مع الذات، أي القدرة على وضع خبرات مهمة في سياق مفهوم الذات الخاص. وبهذا المعنى نفسر الارتباط الدال بين التعديلات المشروطة بالمعالجة من جهة وسمات ((المشاركة الانفعالية)) و ((التقبل)) من جهة أخرى.

المشاركة العاطفية للمتعالج

اسم المرتبة أو الدرجة	شـــرح
I. يبدو المتعالج أثناء وصفه لذاته بأنه متباعد عاطفياً (غير ممسوس)	□ يصف مواقف ومشكلات وأحياناً مشاعره؛ إلاّ أن هذا السرد يبدو بعيد جداً عن خبرته الراهنة. □ يطرح المتعالج ما هو خارجي أو تعاطفي أيضاً، كمنظور الطائر (من منظور الطائر) ؛ وعلى ما يبدو فإن ذكرياته الإرجاعية لا تثير فيه صداً انفعالياً
II.. عند السرد يُمَس المتعالج داخلياً	



□ يبـدو المتعـالج بأنـه يعـيش خطـوة فخطـوة المشاعر المرتبطة بالأصل مع المواقف أو المشكلات الموصوفة بطريقة جديدة □ يـدرك المتعـالج المواقف المعاشـة فـي كثيـر من التفاصيل مرة أخرى □ يـصرح بـأن الموقـف العلاجـي الـراهن مرتبط بالنسبة له بالانفعالات أيضاً	

إرشادات أخرى: لابد من تقييم المقاطع العلاجية النفسية المعروضة فيما يتعلق بهذا المقياس وفق نوع تعابير المتعالج وليس وفق محتواها.

وعلى ما يبدو فإن المتعالج الناجح لاحقاً يتمكن من إدراك مشاعر وخبرات في ذاته ويفهمها على أنها خبراته ومشاعره ومن امتلاكها عاطفياً من جديد في موقف العلاج الراهن. و على العكس من ذلك يكون موقف المتعالج الذي لا يحقق النجاح لاحقاً تجاه خبرته. ونعتقد بأن مثل هذه الامتلاكات العاطفية لعالم الخبرة الذاتي عبارة عن أصالة محدودة للذات.

فقط عندما يكون المتعالج مستعداً لهذه الانسجام الذاتية فإنه يتمكن من تقبل المشاعر والأحاسيس وأن يتخذ منها موقفاً مؤيداً أو رافضاً.

تقبل المشاعر الذاتية

المرحلة	شـــرح
I. يـشعر المـرء أن المتعـالج يتخـذ موقفـاً صـاداً تجاه مشاعره	يميـل المتعـالج إلـى رفـض إنكـار المـشاعر التـي يعتقـد المعـالج النفـسي أنـه يراهـا فـي تعابيره أو خلفها و يصوغها له. يهـون مـن المـشاعر المُعبـر عنهـا مـن قبـل المعالج النفسي و يضعفها يؤيـد المـشاعر الـضعيفة فقـط علـى أنهـا صحيحة
II. يشعر المرء باستعداد المتعالج لتقبل مشاعره	يتجاهـل التلميحـات حـول المـشاعر بـسرعة ويغيـر الموضـوع إلـى موضـوع حيـادي، ويعمم مشاعره وأحاسيسه ((إنك من الممكن أن تتعـرض لـذلك أيـضاً))، ((هـذا مـا يفعلـه كـل إنـسان)) المتعـالج مـستعد للتعبيـر عـن كـل المـشاعر التـي يعتقـد المعـالج النفـسي أنـه رآهـا فـي تعابيره وقام بصياغتها لـه، ومـستعد للتبـصر

	أو لتقبل صلاحيتها بالنسبة له □ يتقبل المشاعر الشديدة باعتبارها صحيحة أيضاً □ يظل بعد التعبير عن المشاعر في الموضوع ولا يتحول عنها

فالمتعالج غير الناجح يبدو بأنه يدافع ضد تعاطف المتعالج وضد مشاعره الذاتية، ومن هنا فإنه ليس من العجب ألاّ يرتبط التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية للمعالج مع التعديلات المقاسة بعد المعالجة إذا كان - كما نستنتج من هذه النتيجة - الأثر الذي حققته المساعي التعاطفية للمعالج مع بعض المتعالجين هو مجرد حشد استعداداته الدفاعية.

إن الارتباط الوظيفي المفترض هنا بين السمات الثلاثة شدة المواجهة والمشاركة الانفعالية والتقبل لم يتم اختباره في أبحاثنا إلاّ أننا نستطيع في كل الأحوال أن نقيم الارتباطات الدالة بين هذه السمات بين (٠،٤١ و ٠،٥٧) كإشارة أولى إلى هذا الارتباط. ويمكننا الاستنتاج من حقيقة أن سمات المتعالج - عدا سمة السبر الذاتي - (تمايز تعابير المتعالج، تكرار المرجعية الذاتية العاطفية self-reference، العفوية اللغوية) لا ترتبط مع النجاح اللاحق للمعالجة، استنتاج أن نوعية العلاقة التي يقيمها المتعالج مع المعالج والنوعية التي يتعامل فيها المتعالج مع نفسه أو مع خبراته هي أهم بالنسبة لانطلاق المعالجة من نوعية كيفية الصياغة و أهم من ذلك الذي يتحدث حوله حتى لو كان ما يتحدث حوله هو المشاعر.

ومن هذه الزاوية نفهم أيضاً بشكل أفضل ما الذي يسهم في فشل المعالجات النفسية بالمحادثة ففي تدريب المعالجين النفسيين بالمحادثة يتم تعليم الانتباه والتطرق إلى مشاعر المتعالج، ويُحاول طبقاً لذلك - ربما مصاغاً بشكل هش - استخراج المشاعر من المكان الذي لا يستطيع المتعالج بعد امتلاكها فيه أو الذي لا يريد فيه المتعالج التضحية. وهذا الأسلوب لا يعتبر تعاطفياً حتى وإن بدا للخارج أنه كذلك؛ ذلك أنه في هذا الأسلوب لا يتم إدراك أن المتعالج لا يستطيع التعامل مع ذاته بشكل أصيل ومتقبل وبهذا أيضاً لا يستطيع التصرف بشكل متعاطف ذاتياً. إن ما ينبغي للمعالج توجيه تقبله إليه هو بالتحديد عدم القدرة على الانسجام والتقبل هذين؛ ويجب فهم الانسجام والتقبل هنا بمعنى الإدراك Comprehend ولا يشتملان على التعبير عما هو مخمن خلف الدفاع وإنما على نوع التعبير عن المفهوم الموصوف لدى المتعالجين (قارن الفصل IV).

ومن أجل تحديد مجال التقدير غير المشروط من قبل المعالج قمنا باستخدام مقياسين:

الاهتمام العاطفي

(عن مينزل، لانغر، بيترس وتاوش ١٩٧٣)

عندما يقوم المعالج النفسي بالتعبير يحصل المرء من أسلوب تعبيره على انطباع حول مقدار الاهتمام العاطفي لديه والذي يتجلى في:

المشاركة الداخلية للمتعالج

والاهتمام به

وبما يجول في داخله وبخبرته

وحمل همه

والاهتمام المُقدِر به

والدفء الانفعالي تجاه المتعالج

يرجى التقدير على المقياس التالي، إلى أي مدى يحقق المعالج هذا الشكل من السلوك في مقطع المعالجة هذا.

مقدار الاهتمام العاطفي

١	٢	٣	٤	٥	٦	٧
قليل جداً	قليل	نوعاً ما	أقرب منه للكثير من القليل	كثير	بقوة	بقوة جداً

المشاركة الداخلية

اسم المرتبة	شرح
I. يبدو المعالج النفسي من خلال تعابيره بأنه غير مشارك داخلياً	يشعر المرء من محتوى ووتيرة تعبيرات المعالج أنه يهتم بالمتعالج مهنياً؛ يبدو المعالج متباعداً وغير مهتم، إنه لا يبدي استعداداً أكثر مما هو ضروري من أجل إبقاء المحادثة سارية
II. يبدو المعالج النفسي من خلال تعابيره بأنه مشارك داخلياً	يشعر المرء من محتوى ونبرة تعبيرات المعالج بأنه لا يهتم بالمتعالج مهنياً وإنما مهتماً بالمتعالج وبمشكلاته بجد ؛ إنه ملتزم بدرجة عالية.

وعلى الرغم من تشابه تصوري السمات كليهما إلاّ أنهما يبديان ارتباطات مختلفة مع سمات السيرورة الأخرى ومع نجاح المعالجة. إننا نفهم هذه الفروق بالشكل التالي:

تحتوي ((المشاركة الداخلية)) للمعالج على أصالة اهتمام المعالج أكثر من ((الاهتمام العاطفي)) له، أي أصالة الاهتمام لدى المعالج في السيرورة التعاطفية.

وعادة يتم تفسير الارتباط بين هذين التصورين من السمات الذين يصفان الموقف الانفعالي للمعالج تجاه معالجه وبين التعديلات من خلال العلاج بشكل سببي، إلاّ أننا نشكك بهذه الرؤية. وكما استطعنا أن نوضح سابقاً فإن المعالج نفسه كان تجاه المتعالج الذي تحسن لاحقاً (وفق المقياسين كلاهما) أكثر اهتماماً منه تجاه المتعالج غير المتحسن لاحقاً. وهذه النتيجة تجعل من التفسير السببي غير ممكن وأنه لمن الأجدر الإشارة إلى فرضياتنا بدلاً من ذلك:

لقد اعتبرنا تقدير القيمة على أنه شرط الضبط؛ فعندما يكون منخفضاً فإنه يفترض أن المعالج لم يفهم المتعالج أو أن المعالج لم يفهم نفسه في ردود فعله على المتعالج (أي قد وجدد نفسه في حالة من اللاأصالة).

ولا نستطيع اختبار الإمكانية الثانية ؛ والإمكانية الأولى القائلة بأن المقدار الضيق من الاهتمام هو نتيجة للنقص في تفهم المتعالج، تجعل من نتيجتنا مقبولة: وكما أشرنا سابقاً يكون المتعالجون غير المتحسنين فيما بعد غير قادرين على الاستجابة على تعاطف المعالج بالتعاطف الذاتي بنفس درجة المتعالجين الناجحين لاحقاً، أي أنهم أقل قدرة على تقبل هذا التعاطف. فالمعالج إذا سوف يخيب ظنه في سعيه للتعاطف. فإذا لم يدرك فعلاً (عن طريق الانسجام) ما الذي قاد إلى هذه الخيبة فإنه لابد وأن يقل تقدير القيمة لديه لأنه لا يستطيع تقبل شيئاً لا يستطيع فهمه.

وفي الواقع فإنه لمن السوء بمكان أن يتعلق الاهتمام الذي يكون الإنسان قادراً على إظهاره لشخص آخر بمن ((يستقبل)) هذا الاهتمام. ولكن ما لم نستطع فهمه لفترة طويلة، ذلك أننا انطلقنا من مبدأ المتغيرات، هو حقيقة أن نجاح المعالجة أي الشيء الذي لا يكون مطروحاً على الإطلاق في بداية المعالجة يؤثر على مقدار الاهتمام الذي يستطيع المعالج تقديمه. إن ربط هذا مع إحباط المساعي التعاطفية للمعالج يجعل هذه النتيجة مفهومة.

ولكن على ما يبدو فإن خيبة أمل المعالج والاهتمام بالمتعالج الذي يصبح من خلال هذا أقل، غالباً ما لا تعيقه عن مواصلة ((التعبير Verbalization)) وكأن شيئاً لم يحدث: لا تظهر في سمة التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية فروق منهجية في سلوك المعالجين تجاه المتعالجين المتحسنين لاحقاً وغير المتحسنين لاحقاً. ويمكن القول: يحافظ المعالج تجاه المتعالج الذي يفشل في التعاطف الذاتي على الواجهة العلاجية النفسية بالمحادثة إلاّ أن النقص في تقدير القيمة يشير إلى أن التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية عند المعالج لا يعني التعاطف، وإنما يشير إلى أنه لم يفهم المتعالج. وهنا تتحول المعالجة النفسية بالمحادثة إلى تقنية وبهذا تصبح غير فعالة.

وهناك نتيجة أخرى لأبحاثنا تكمل هذه الرؤيا بصورة مهمة. فقد تم تقديم مقياس يقيس الخبرات الذاتية أثناء المحادثة إلى كل المعالجين و المتعالجين يتضمن أربعة أسئلة من مقياس خبرات المتعالجين القابلة للمقارنة المباشرة مع أربعة أسئلة من مقياس خبرات المعالجين، بسبب استنادها بطريقة مشابهة إلى مجرى المحادثة، مرة من وجهة نظر المتعالج نفسه ومرة من وجهة نظر المعالج. وهذه المجالات من الخبرة هي:

a) تقدم المتعالج في هذه الجلسة

b) التفاؤل فيما يتعلق بمجرى العلاج

c) الرضا عن المحادثة

d) صراحة المتعالج مع المعالج

وقد ظهر بالنسبة لهذه الأسئلة الأربعة ما يلي:

في المعالجات التي نجحت لاحقاً كان تقدير المحادثات متفرقة متشابهاً جداً بين المتعالجين والمعالجين منذ الجلسة الأولى، وبالمقابل تباعدت التقديرات في المعالجات غير الناجحة لاحقاً في المحادثات الأولى بشدة: قدر المعالجون مجرى محادثة ما بشكل أكثر إيجابية من متعالجيهم، ولم تقترب قيم التقدير لدى المعالجين من قيم تقدير متعالجيهم إلاّ بين الجلسة السابعة والتاسعة. بكلمات أخرى: يدرك المتعالجون غير المتحسنين لاحقاً بشكل مبكر جداً في معالجيهم بأن شيئاً ما لا يسير على ما يرام في المعالجين. ويبدو لنا أن تفاؤل المعالجين ((غير الواقعي)) في البدء بهؤلاء المتعالجين عبارة عن دليل آخر على أن المعالجين النفسيين لم (يكونوا) حساسين تجاه مقاومات المتعالجين لعروض علاقتهم، وبأنهم يعتقدون بنجاح المعالجة طالما يقومون بالتعبير عن ((المشاعر)) فقط.

وعندما لا يتم تحقيق أي ((تقدم)) بعد عدة جلسات من المحادثة التي كان ينبغي لها أن تكون كافية حسب رأي كثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة من أجل إنجاز معالجة ناجحة عندئذ يبدون متأرجحين في تفاؤلهم.

لنعد إلى الفروق في سلوك المعالجين تجاه المتعالجين المتحسنين وغير المتحسنين في بدء المعالجة. فطبقاً لنتائجنا فإن مقدار اهتمام المعالج والمشاركة الداخلية لا يتأثر بالمتعالج فحسب وإنما كذلك بسمت الوضوح والمتابعة.

وضوح تعابير المعالجة النفسية

اسم المرتبة	شـــرح
I. يتحدث المعالج بشكل غير محدد (غامض)	يتجنب المعالج التطرق مباشرة لمشاعر المتعالج، يعمم أو يضعِّف أمثلة: - ((لم يكن الموقف الذي كنت فيه تجاه مديرك جميلاً بالنسبة لك)). - ((لا تستطيع التلاؤم مع أمك))
II. يتحدث المعالج النفسي بوضوح	يستند المعالج مباشرة إلى المشاعر المعبر عنها أو المخمنة لدى المتعالج بدون إضعافها ؛ إنه يسمي كذلك انفعالات سلبية بنفس الشدة التي يعتقد أن المتعالج يعيشها فيه. أمثلة: ((عندما وقفت مقابل مديرك شعرت بقلق شديد)) - ((إنك تكره أمك))

إرشادات لاحقة:

لتقدير سلوك المعالج على هذا المقياس تتم مراعاة التعابير التي تشكل بطريقة ما مقولات حول مشاعر المتعالج.

متابعة المعالج

اسم المرتبة	شـرح
I. يتمسك المعالج بالتعبيرات المباشرة للمتعالج	لا تؤدي تعابير المعالج مقابل تعابير المتعالج إلى وجوه جديدة، بغض النظر عن عما إذا كان يجد لغوياً مفاهيم جديدة بشكل مرن أو فيما إذا كان يكرر أنماطاً لأولية فقط.
II. يوسع المعالج ما عبر عنه المتعالج	يضيف المعالج وجوهاً جديدة، لم يعبر عنها المتعالج يعتقد أنها على علاقة وثيقة مع خبرته. يوسع المعالج بتعابيره إطار التداعي وذلك بأن يتجاوز ما يعبر عنه المتعالج من خلال إدخال تعابير سابقة إلى المحادثة مثلاً أو أن يسبق أنماط الخبرة الانفعالية للمتعالج كمخاوفه مثلاً. إنه يعلق بشكل مباشر على ما يقوله المتعالج ولا يعكس ذلك فقط (أي لا يعبر عما فهمه فحسب) وإنما يستمر به. يدخل المعالج في جملة المتعالج وينهيها.

ونعتبر كلتا هاتين السمتين مظهرين للتعاطف غير مشمولين ضمن التعبير الإجرائي الشكلي في مقياس التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية. كلتا السمتين على علاقة وثيقة بنجاح المعالجة بعكس التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية.
إذاً فإذا قامت المجموعة نفسها من المعالجين بمس خبرات المتعالجين المتحسنين لاحقاً وقادوهم إلى سيرورة التعاطف الذاتي بشكل أوضح من المتعالجين غير المتحسنين لاحقاً فإنه يمكن اعتبار أن هذه العلاقات إثبات للمقولات أعلاه. فالمعالج يُقْدِم لدى متعالج متحسن لاحقا على مس خبرته بشكل أوضح ويغامر في الاستناد على ما يقال حتى الآن، والذي مازال ((معلقاً في الهواء)). ويوضح وصف مراتب المقاييس أن المعالج متمكن من عالم خبرة هذا المتعالج، بكلمات أخرى: لقد فهمه أفضل ؛ وتمكن من التحرك في خبرة المتعالج وكأن هذه الخبرة هي خبرته الذاتية. والمعالج نفسه لا يوفق مع المتعالج غير المتحسن لاحقاً إلاّ بمقدار ضئيل جداً. إنه يفهم متعالجه، الذي هو وفق فرضياتنا قليل الانسجام مع ذاته وبالتالي قليل التقبل لذاته والتعاطف معها أيضاً، بشكل سطحي فقط ؛ إنه يملك مشاعر خاصة تجاه هذا المتعالج لم يتمكن من تفسيرها لنفسه (عدم الانسجام)، وهكذا فإنه يظل متباعداً تجاه المتعالج من وجهتين: إنه أقل اهتماما به ويتقبله بشكل قليل من جهة ؛ وهو - الأمر الذي ينتج عن ذلك - من جهة أخرى مُضَعَّف في قدرته على فهم المتعالج فعلاً.
لقد قمنا بإيضاح عيوب التدريب القائم حتى الآن في المعالجة النفسية بالمحادثة ويعتقد هنا أننا قد خطونا خطوة للأمام: لقد تعلم المعالجون اللاحقون (الطلاب) التعامل بشكل بناء قبل كل شيء مع مثل هؤلاء المتعالجين الذين تمكنوا من تقبل

مشروع العلاقة العلاجية منذ بدء العلاقة بصورة جيدة، أي الذين هم متطابقون (منسجمون) مع ذاتهم بشكل كاف ويقبلون أنفسهم في مشاعرهم ومستعدون للتعاطف الذاتي. وربما تصبح مدة المعالجة القصيرة وسطياً المذكورة في المراجع الناطقة بالألمانية قابلة للتفسير (قارن مثلاً تاوش، ١٩٧٣ ص. ٤٧ وما بعد). بالمقابل فإن التأهيل العلاجي غير موجه نحو التحضير للتعامل مع المتعالجين الذين يحتاجون للمعالجة النفسية لأنهم لا يستطيعون أن يكونوا متقبلين ومتعاطفين مع ذاتهم و أصيلين. ففي التأهيل العلاجي يغلب أن يتم التمرن على سلوك المعالج ويتم التطرق بشكل قليل نسبيا إلى الكيفية التي يمكن بها للمرء التعامل مع المشاعر التي يحصل عليها من المتعالج كمعالج مصدود. ومن أجل هؤلاء المتعالجين نقدم آراء هذا الكتاب.

إنه لمن الضروري بالنسبة لهؤلاء المتعالجين أن يستند المعالج المحبط من خلالهم في عرض علاقته إلى معايشته (خبرته) لإيجاد التعاطف من خلالها.

ففي التحادث مع هؤلاء المتعالجين يتعلق الأمر *بعلاقة علاجية* لا يستطيع المعالج الانسحاب منها من خلال الانسحاب إلى ((متغيراته))، كما وأن ذلك غير مفيد بالنسبة لهؤلاء المتعالجين لأنه من المضر فهم الانسجام بأنه عبارة عن تطرق لمشاعر المعالج إذ أنه يحتمل لهؤلاء المتعالجين ألاّ يكونوا في وضع يساعدون فيه المعالج في مشكلته معهم وبهذا أن يتولوا مهمة الإشراف الذاتي Supervision.

الفصل الثالث

مقارنة عرض العلاقة في المعالجة النفسية بالمحادثة مع أشكال أخرى من التأثيرات العلاجية النفسية

نريد في هذا الفصل مقارنة العلاج النفسي بالمحادثة مع التحليل النفسي والمعالجة السلوكية. وتهدف هذه المقارنة إلى إيضاح ما تقوم به المعالجة النفسية بالمحادثة. ونحن نصف شكلي المعالجة الآخرين ليس من أجل ذاتهما ولا بصورة شاملة، وإنما بصورة كلية يمكن من خلالها إيضاح المعالجة النفسية بالمحادثة:

١) سوف نبرز في مقارنة الإرشادات الموجهة للمعالجين في المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي أن الفرق بين المعالجة النفسية بالمحادثة و التحليل النفسي يكمن في صياغة الإرشادات الموجهة للمعالج النفسي بالمحادثة والمتمثلة في أن يسعى إلى ((التقدير الإيجابي غير المشروط)) لمتعالجه.

٢) سوف نوضح في مقارنة مراكز الثقل لنماذج المعالجة النفسية بالمحادثة و التحليل النفسي بأن المعالجة النفسية بالمحادثة هي عبارة عن نموذج سيرورة علاج Therapy process model في حين أن التحليل النفسي عبارة عن نموذج نفسي نمائي من ناحية مركز الثقل. وسوف نظهر أن توكيد السيرورة العلاجية ضمن المعالجة النفسية بالمحادثة يتطلب من المعالج \ وتمكنه من شكل خاص من الخبرة الذاتية والضبط الذاتي اللذين نعتبرهما مهمين وقيمين.

٣) وفي هذا السياق سوف نعرض المقارنة بين المعالجة النفسية بالمحادثة و التحليل النفسي من وجهة نظر تحليلية نفسية وندحض النسبانية Relativatization المتضمنة في ذلك لأهمية التوكيد على سيرورة العلاج من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة.

٤) وبعد ذلك سوف نقارن المعالجة السلوكية و المعالجة النفسية بالمحادثة ونوضح الجزء غير التوجيهي للمعالجة النفسية بالمحادثة على خلفية وجهة النظر التوجيهية للمعالجة السلوكية.

5) وتهدف المقارنة بين تعريف المعالجة النفسية بالمحادثة لما يسمى بمتغيرات المعالج وتعريف المعالجة السلوكية لها إلى إيضاح أنه في المعالجة النفسية بالمحادثة قد تمت صياغة شروط تطوير السيرورة العلاجية من قبل المعالج كنتاج للخبرات العلاجية وليس ((كتغيرات جوهرية)) على شكل إرشادات تصرف تقنية موجهة للمعالج.

7) وسوف نختتم الفصل بمناقشة ما يسمى بمبدأ الفوائد التفريقية للمعالجة.

1 - مقارنة الإرشادات الموجهة للمعالج في المعالجة النفسية بالمحادثة و التحليل النفسي

في مقاله العائد لعام ١٩٥٧ والمقتبس كثيراً والمعروض بالتفصيل في الفصل الأول صاغ روجرز الشروط الضرورية والكافية لتعديل الشخصية من خلال المعالجة النفسية

((The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change))

وليس الشروط الضرورية والكافية لتعديل الشخصية من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة (فلم تكن هناك في ذلك الوقت معالجة نفسية بالمحادثة ولا معالجة سلوكية ولا غشطالطية...الخ).

لقد سأل نفسه: هل من الممكن صياغة الشروط النفسية الضرورية والكافية من أجل إحداث التعديلات البناءة في الشخصية من خلال المعالجة النفسية بمفاهيم معرَّفة بوضوح وقابلة للقياس

(نسميها اليوم قابلة لأن تكون إجرائية) ؟ ثم وصف بأنه قد تمكن على أساس من خبرته وخبرات زملائه مع مراعاة نتائج البحث المتوفرة بلورة شروط مختلفة

ضرورية لإحداث تعديل بنّاء في الشخصية وكافية بكليتها لتحريك هذه السيرورة و الاحتفاظ باستمراريتها.

وفي هذا المقام سوف نكرر ثانية بأنه هناك ستة شروط من أجل التعديل البنّاء للشخصية من خلال المعالجة النفسية:

١) يقيم شخصان علاقة مع بعضهما.
٢) أحدهما هو المتعالج، غير متوافق مع نفسه وحساس وفي حالة من عدم الانسجام، أي مشغول بخبرة غير متناسبة مع مفهومه عن ذاته. وليس بالضرورة لعدم الانسجام هذه أن يكون شعورياً
٣) الشخص الآخر هو المعالج، يسعى بالمقدار الذي تتطلبه علاقته المباشرة بالمتعالج أن يبقى في حالة الانسجام، أي أنه يسعى إلى أن يتمكن من السماح لنفسه بأن يجعل خبرته الكاملة في هذه العلاقة أن تصبح شعورية.
٤) يسعى المعالج في كل الظروف التي يواجهه بها المتعالج إلى الاحتفاظ باهتمامه المقبول وغير المشروطunconditional positive regard، أي بتقديره غير المشروط.
٥) يسعى المعالج عن طريق التعاطف إلى معرفة المرجعية الداخلية للمتعالج ومشاركة المتعالج بهذه الخبرة.
٦) إن إيصال هذا التفهم المتعاطف والاهتمام المقبول ينجح بدرجة معينة على الأقل، أي يظهر لدى المتعالج في بعض الجوانب.

يصف روجرز باختصار شديد موقف المتعالج المحتاج للمساعدة المحتاج للمعالجة وبوضوح جداً موقف المعالج النفسي، أي الموقف الذي ينبغي له السعي إليه

باستمرار كمعالج. ويشير الموقف إلى مواجهة المعالج بالانسجام والتقدير غير المشروط.

أمّا فرويد فقد قدم في عام ١٩١٢ ((نصائح للطبيب في المعالجة التحليلية النفسية)). وحتى في عام ١٩٧٤ ما زال كل من تروده وروبينبلانك يريان في كتابهما ((علم نفس الأنا التطبيقي)) أنه " لا توجد مراجع حول وصف الوسيلة المتوفرة للمعالج " (صفحة ١٦٤) أفضل من هذه النصائح التي قدمها فرويد. لهذا نرغب هنا بعرضها ومقارنتها مع الوسائل العلاجية التي استخلصها روجرز.

يبدأ فرويد مقاله كالتالي:

((نتجت القواعد التقنية التي أعرضها هنا عن خبراتي الذاتية الطويلة وبعد أن تراجعت عن إتباع طرق أخرى نتيجة للأضرار الخاصة)) (فرويد، ١٩٦٩، صفحة ٣٧٦).

وتقول القواعد:

((ألاّ يريد المعالج التركيز على أي شيء معين وكل ما يحصل عليه من خلال السمع يقدِّره ..... بالاهتمام والمستوى نفسه......وبالمقدار الذي يشحذ فيه المرء انتباهه بشكل مقصود إلى ارتفاع محدد، يبدأ بالاختيار من المادة المعروضة ويثبِّت مقطعاً بصورة ثاقبة ويستبعد من أجل هذا التثبيت مقطعاً آخر. ويتبع في هذا الاختيار توقعاته أو ميوله. وهذا بالذات لا يجوز له أن يفعله .....أن ينصت المرء و لا يهتم فيما إذا كان يعي شيئاً ما)) (المرجع السابق صفحة ٣٧٧).

ويعتقد فرويد أن الأخطاء في التذكر لا تنتج إلاّ عندما يصبح الطبيب مشوشاً من خلال ميوله وتوقعاته عند الاستماع الخالي من الأحكام المسبقة وعلى المرء كذلك ألاّ يسجل أثناء الجلسة شيئاً ما، لأن

((ينتقي المرء بصورة اضطرارية اختياراً ضاراً من المادة في أثناء الكتابة أو التلخيص، ويقيد مقطعاً من نشاطه الذهني....)) (صفحة ٣٧٨).

((وتنجح بشكل أفضل الحالات التي يتصرف فيها المرء وكأنه دون وجهة ويؤخذ بكل تعبير ويواجهه باستمرار بقليل من الارتباك وبدون شروط. ويتألف السلوك السليم للمحلل من التأرجح من موقف نفسي إلى آخر حسب الحاجة ومن عدم التأمل والإمعان طالما هو يحلل واستخدام مادة العمل التفكيري التوليفية المكتسبة بعد انتهاء التحليل)) (المرجع السابق، صفحة ٣٨٠).

((وليس بوسعي إلاّ أن أنصح زملائي باتخاذ الجرَّاح مثلاً أعلى لهم أثناء المعالجة التحليلية، الذي يضع جانباً كل انفعالاته ومعاناته الإنسانية ويوجه قواه الذهنية إلى هدف يتمثل في إنجاز العملية بمهارة قدر الإمكان)) (المرجع السابق، صفحة ٣٨٠).

ويحذر فرويد بشكل خاص من الطموح الانفعالي المتمثل في ((الطموح العلاجي)): اختار جراح عتيق الكلمات التالية في خطبة انتخاب:

((Je le pansai, Dieu le guérit (أما أنا فقد ربطت الجراح فقط، والله الشافي). وينبغي للمحلل أن يرضى بشيء مشابه)) (المرجع السابق، صفحة ٣٨١).

((إنه لمن السهولة إدراك الأهداف التي تقود إليها هذه القواعد المستقاة منفردة. إنها تهدف كلها عند الأطباء إلى إنجاز المقابل للقواعد الأساسية التحليل نفسية الموضوعة للمُحَلّلين

(الأشخاص الذين يتم تحليلهم)، وكما أنه ينبغي للمُحَلّل (الذي يتم تحليله) الإخبار عن كل شيء يلتقطه في ملاحظاته الذاتية مع إسقاط كل الاعتراضات المنطقية والانفعالية التي تريد دفعه إلى أن يقوم بعمليه اختيار، كذلك على الطبيب أن يمكن نفسه من استغلال كل ما يُخْبَر به لأهداف التفسير والتعرف على

اللاشعور المتخفي دون أن يقوم بتعويض الاختيار الذي تخلى عنه المريض بإرادته من خلال رقابته الذاتية. باختصار عليه الاهتمام باللاشعور العاطفي للمريض واستخدام لاشعوره الخاص كعضو مُسْتَقْبِل وأن يعير ذاته على الشخص الذي يحلله كما تعير سماعة الهاتف على القرص، وكما تحول السماعة التغيرات الكهربائية للخط المثارة بموجات صوتية إلى موجات صوتية من جديد، كذلك يكون لاشعور الطبيب قادراً على إعادة إنتاج هذا اللاشعوري الذي حدد خواطر المريض من خلال فيض اللاشعور.

ولكن عندما يكون الطبيب في وضع يستعين بلاشعوره بهذه الطريقة كأداة عند التحليل عليه نفسه تحقيق الشروط النفسية بمقدار واسع؛ عليه ألاّ يؤجل في ذاته أية مقاومات تعيق الشعور من فهم المُتَعَرَّف عليه القادم من اللاشعور وإلاّ فسوف يدخل (أي المعالج) نوعاً جديداً من الانتقاء والتشويه في التحليل يكون أكثر ضرراً إلى مدى بعيد من ذلك المثار من خلال شحذ انتباهه الشعوري.... كل كبت غير محلول عند الطبيب يشبه كما عبر ستيكيل بدقة بقعة عمياء في الإدراك التحليلي) (المرجع السابق، صفحة ٣٨١).

فلنقارن قواعد فرويد مع الشروط اللازمة والكافية لسيرورة علاجية عند روجرز:

(ا) ينطلق روجرز من متعالج يبدأ علاقة مع معالج قلق ومجروح ومشغول بخبرته *غير المنسجمة*. يقول فرويد لمريضه: بأنه عليه أن يخبر المعالج كل ما يلتقطه من ملاحظته الذاتية مع إسقاط كل *الاعتراضات المنطقية والانفعالية*. التي تريد دفعه للقيام بعملية انتقاء

(المرجع السابق، صفحة ٣٨١، الخط العريض من المؤلفين).

(٢) يطلب روجرز من المعالج سعياً مكثفاً من أجل تحقيق حالة من الانسجام، أي أن يتمكن من السماح لنفسه بجعل كل خبرته شعورية في هذه العلاقة الملموسة بالمتعالج. يقول فرويد:

((عليه ألاّ يؤجل في ذاته أية مقاومة تمنع ما اكتشفه من قبل شعوره في لاشعوره وإلا سوف يدخل نوعاً جديداً من الانتقاء والتشويه)) (المرجع السابق، صفحة ٣٨١).

(٣) يطلب روجرز اهتماماً غير مشروط وإيجابياً. وينصح فرويد: ((بعدم وعي شيء خاص وإنما إيلاء كل ما يسمعه المرء الانتباه بالدرجة نفسها وأن يضع جانباً كل انفعالاته، حتى معاناته الإنسانية، استغلال كل ما يُخْبَر به لغرض التعرف على اللاشعور المتخفي، بدون استبدال رقابته الذاتية من خلال الانتقاء الذي تخلى عنه المريض)) (المرجع السابق، صفحة ٣٧٧).

(٤) يطلب روجرز من المعالج السعي من أجل خبرة المرجعية الداخلية للمتعالج عن طريق التعاطف ومشاركة المريض بهذه الخبرة. ويطلب فرويد من المعالج الاهتمام باللاشعور العاطفي للمريض مستخدماً لا شعوره الخاص كعضو مستقبل، بأن يعيِّر نفسه على المُحَلَّل (الشخص الذي يتم تحليله) كما تُعيَّر سماعة الهاتف على القرص.

وعلى الرغم من الفروق الكبيرة في التحديد الاصطلاحي للأسس العلاجية فإنه لا يمكن تجاهل التشابه الكبير للفرضيات الأساس عند روجرز و فرويد. فإذا استعرضنا النقاط الأربعة مرة أخرى، فإننا نرى أن كليهما يدعوان بصورة متطابقة إلى:

(١) متعالج في حالة من عدم الانسجام أو يميل إلى القيام بعملية انتقاء في خبرته.

(٢) عدم التحيز الانفعالي العاطفي للمعالج تجاه المتعالج؛ الدرجة الكبيرة قدر الإمكان من عدم الانسجام أو المقاومات يمكن أن تسبب بقعاً عمياء في إدراك المتعالج.

(٣) عدم التحيز العقلي - المنطقي للمعالج تجاه المتعالج ينتج اهتماماً أو إخلاصاً غير مشروط للمتعالج.

(٤) يعتبر فرويد و روجرز أن عدم التحيز والوضوح هما شرطا السيرورة التعاطفية التي ينبغي للمعالج أن يعيشها.

أما مصارحة المتعالج عما يعيشه (يخبره) المعالج عن طريق هذه السيرورة التعاطفية فتفهم بأنها الأداة العلاجية *Therapeutical Agens*. وحتى هنا لم تقد المقارنة بين المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي إلى فروق جديرة بالاهتمام.

ولكن إذا قارنا المشكلات التي يحملها المحللون النفسيون معهم إلى جلسات الإشراف الذاتي Supervision مع تلك التي يحملها المعالجون النفسيون بالمحادثة، فسوف نلاحظ أن المحللين النفسيين يعانون بشكل خاص عندما لا يفهمهم مرضاهم، في حين أن المعالجين النفسيين بالمحادثة ينزعجون إلى حد ما عندما يشعرون بأنهم لا يستطيعون تحمل مرضاهم بشكل خاص. فإذا ما سمع المرء المحللين النفسيين والمعالجين النفسيين بالمحادثة يتحدثون علانية، فإنه سوف يلاحظ أن المحللين النفسيين يتهمون المعالجين النفسيين بالمحادثة بأنهم لا يفهمون مرضاهم فعلاً، وإنما يدللونهم عاطفياً، في حين يتهم المعالجون النفسيون بالمحادثة المحللين النفسيين بأنهم على الرغم من أنهم يحللون مرضاهم إلاّ أنهم لا يتقبلونهم.. ونعتقد بأن لهذه الظواهر سبب مشترك: يدعو روجرز المعالجين إلى إبداء اهتمام إيجابي غير مشروط بالمتعالج ((تقدير غير مشروط unconditional positive

regard))، في حين أن مقارنة فرويد الأقرب للباردة مع الجراح المتحرر من الانفعالات ومع سماعة الهاتف ....الخ لا تذكر هذا الشيء .....

وقد أكد روجرز لاحقاً باستمرار على هذا الجزء الخاص من شروحا ته حول شروط السيرورة العلاجية من جانب المعالجين النفسيين، وقد صاغ ذلك في عام ١٩٦١ مثلا على شكل: ((يمكن التعبير عن شروط الانطلاق بالنسبة لأغراضنا الراهنة بكلمة واحدة: سوف أذهب في مجرى المناقشة اللاحقة من أن المتعالج يمر بالتجربة بدون أن يخشى من عدم الاعتراف. وأقصد بهذا ما يلي: مهما حمل المتعالج من مشاعر - قلق، حيرة، عدم ثقة، غضب؛ مهما عبر عن نفسه - بالصمت بالإيماءات، بالدموع أو الكلمات؛ ومهما قدَّر نفسه في اللحظة الراهنة، يشعر المتعالج بأنه معترف به نفسياً من المعالج كما هو. ويشتمل هذا التعبير على مفهوم الفهم التقمصي ومفهوم التقبل. إنه لمن المفيد في هذا المقام الإشارة إلى أن الخبرة الحية للمتعالج هي التي تنضج هذه الشروط وليس مجرد حقيقة وجودها عند المتعالج. في كل ما سأقوله فيما يلي حول سيرورة التعديل أفترض فيه أن يكون الاعتراف الأقصى والأمثل بالمتعالج شرطاً ثابتاً)) (المرجع السابق، صفحة ١٣٥).

٢- مقارنة النقاط الأساسية لنموذج المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي

حاول المحللون النفسيون باستمرار التحكم بشكل دقيق ومفصل بالموقف والخطوات وبشكل خاص بالصعوبات التي على الإنسان تذليلها على طريق نموه من فرد مولود حتى فرد راشد قادر على الارتباط، أو التي يمكن أن يفشل فيها مع

عاقبة الحاجة اللاحقة للمعالجة. في حين أن المعالجين النفسيين بالمحادثة قلما اهتموا بذلك، إذ أنهم حاولوا باستمرار بحث الموقف والخطوات والصعوبات بشكل دقيق ومفصل في السيرورة العلاجية بين المعالج و المتعالج.

ويشتق المحللون النفسيون الأفكار حول الإجراء العيادي الملموس من فرضيات نفسية نمائية في حين أن المعالجين النفسيين بالمحادثة يشتقون الأفكار من فرضيات حول سيرورة التعديل.

ولا نملك الانطباع بأن المحللين النفسيين والمعالجين النفسيين بالمحادثة قد اعترضوا بعضهم في هذا الإجراء المختلف ولا بأي شكل من الأشكال أو أنهم كفوا بعضهم أو أنهم قاموا بذلك اليوم. غير أن نتائج هذا التركيز المختلف للتفكير من قبل المحللين النفسيين والمعالجين النفسيين بالمحادثة تبدو فيما يلي: يشعر المحللون النفسيون بأنهم قادرون على مساعدة شخص ما، إذا فهموه، ليس فقط بشكل تعاطفي وإنما من الناحية النمائية النفسية وعلم نفس الأنا ...الخ. عندئذ يرون - وربما هم محقون بذلك - بأنه عليهم إيجاد الكلمات المتعاطفة التي تعطي المتعالج الشعور بأنهم قد فهموه ويفتحون له الطريق لتنمية نفسه، أما المعالجون النفسيون بالمحادثة فيشعرون بأنهم قادرون على مساعدة شخص ما عندما يتمكن ون من مقابلته بشكل أصيل ومتقبل مهما كانوا قد فهموا منه.

لقد ظهر وكأن المعالجين النفسيين بالمحادثة يشعرون بأنهم قد أثبتوا صحتهم وذلك عندما يجدون في المراجع التحليلية النفسية الأحدث توكيداً متزايداً لمتغيراتهم العلاجية المهمة وبشكل خاص عند الوصف التحليلي لمعالجة المتعالجين شديدي الاضطراب (وهذا يعني بالنسبة للمحللين النفسيين: معالجة المضطرب في وقت مبكر، أي في بدايات نمو الشخصية في الطفولة الباكرة). وتبدو مواقف المعالجين التي تضعها المعالجة النفسية بالمحادثة في مركز مذهبها، بأنها ذات أهمية خاصة: الاستعداد للتعاطف غير المباشر والمتقبل بصورة غير مشروطة. ينهي كل من غيرترودة و روبينبلانك كتابهما الصادر في عام ١٩٧٤ بعنوان ((علم نفس الأنا التطبيقي)) بمقالة بعنوان ((التقنيات الخاصة للمعالجة النفسية)) يميزان فيها بين التحليل النفسي والمعالجة النفسية. ويطلقان تسمية معالجة نفسية على معالجة البنى الحدية، أي المرضى الذين يفترضان بأن ((نمو أناهم)) قد بقي غير ناضج وبقيت

علاقاتهم بالآخرين غير ناضجة وذلك طبقاً للنضج الناقص للأنا (تصف مفاهيم " بنى حدية " و " اضطراب باكر " و " اضطراب شديد " الشيء نفسه إلى حد كبير). يقول المؤلفان: ((على العكس المطلق من القاعدة الأساسية المتعلقة بالتداعي الحر والتي يعتبر استخدامها أمراً لا غنى عنه في المعالجة التحليلية النفسية للعصاب، فإنه لابد من تشجيع المريض الحدي على احترام دفاعه الذي يتجلى في استمرار الإحجام، بل أن على المرء أحياناً أن يؤكد له بأنه لا يحتاج لأن يقول كل شيء ...)). (صفحة ٢٢٦)

((ينصح بعدم القول بدلاً عن المريض عندما يكون هو نفسه قادراً على الاستنتاج)) (صفحة ٣٥٥).

((تعتبر *الأمانة المستمرة* للمعالج في معالجة المرضى الراشدين أمراً جوهرياً....يكون المعالج حاضراً عندما يستطيع المرء الاعتماد بأنه سيكون باستمرار موجوداً *بالمزاج* البشوش نفسه)). (صفحة ٣٤٥)

((وهناك حقيقة ينبغي عدم تأييدها على الإطلاق تقول: أن المريض يستجيب إلى الجو العلاجي الطيب ولكن ليس إلى الجو العلاجي المفرط في الإرضاء وبأنه يبدأ باستدماج Internalization احترام الذات بعد أن تكون التشوهات قد صححت، ذلك أنه قد تعلم توقع اللباقة والاحترام من المعالج)). (صفحة ٣٤٥) ويحذر الباحثان من استخدام تقنية ((الربت على الظهر)) (صفحة ٣٥١)، ويؤكدان أن مفاهيم ((الذات الركيكة المستدمجة .... ((لا تستجيب إلى المجاملات)) (صفحة ٣٥١)، ويريان أنه ((عندما يكون المعالج قد امتلك خبرات كافية مع هذا الشكل الأعمق من دعم الأنا فإنه عندئذ يكون قد وجد طريقه الخاص إلى ذلك، غير أنه لا يجوز له ولا في أي مرة *ألا يكون منسجماً*)) (صفحة ٣٥٢)

هنا يُطلب من المحللين النفسيين بإلحاح التقدير غير المشروط (أمانة دائمة، مزاج لطيف، جو طيب، لباقة واحترام)، بالإضافة إلى ذلك يُطلب منهم الانسجام (ألاّ يكونوا غير حقيقيين علا الإطلاق وألاّ يجاملوا).

وعندما لا يعبِّر المعالجون النفسيون بالمحادثة في الغالب عن خوفهم من عدم قدرتهم على تقبل مرضاهم فذلك يعود إلى أن المعالجين النفسيين بالمحادثة يشعرون - طبقاً لتركيز النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة على سمات السيرورة - يشعرون بأنهم محصورون في تحقيق متغيرات المعالج في الانسجام والدفء بأي ثمن وبأنهم يشعرون بمشاعر عدم الكفاية عندما لا يتمكن ون من تحقيق ذلك، كما وأنهم لا يملكون إمكانات التحول إلى إمكانات تفكير أخرى كما يستطيع المحللون النفسيون أن يفعلوا. وسوف نقوم فيما يلي بإيضاح أن هذا التقييد هو فرصة وعقدة في الوقت نفسه .Chance and Crux

كنـا قـد عرضـنا فـي الفـصل الأول أن ((تحقيـق المتغيـرات الجوهريـة)) مـن قبـل المعالج - مع كل الإرهاقات التي يمكن أن تحتويها هذه المخاطرة بالنسبة للمعالج - ليست مساوية لتحقيق مطلب أخلاقي ولا لممارسة ((تقنية)) ما من قبل المعالج على المتعالج. بل أنه ينبغي على المعالج في كل الأحوال تطبيق ((تقنية)) على نفسه من خلال سؤال نفسه باستمرار: كيف يمكنني فهم ما يقوله المتعالج؛ كيف يمكنني تقبل ما أسمعه ؛ كيف يمكنني تحقيق أن يعيشني المتعالج صادقاً وصريحاً ومتقبلاً عندما أصارحه بما فهمته وما يمكنني أن أتقبله. ويهدف الاستخدام الكثير لضمير المتكلم ((أنا)) في الجملة الأخيرة إلى إظهار أنه على المعالج النفسي بالمحادثة أن يتعامل في الموقف العلاجي مع نفسه أولاً قبل أن يتمكن من تبديد تفكيره في التعامل مع المتعالج. إن أفكار على نحو التفكير بالمنشأ النفسي للمتعالج ممنوعة على المعالج النفسي بالمحادثة طالما فهمها على أنها مناورة تهرب من التفسير المناسب بالفعل لمشاعره الذاتية فيما يتعلق بالانسجام الناقص والتقدير غير المشروط تجاه المتعالج. كما وأن مفاهيم مثل النقل والمقاومة والنكوص وقسر التكرار ...الخ موجودة في التحليل النفسي ولكنها لا توجد في المعالجة النفسية بالمحادثة.

في بعض الأحيان عندما يقرأ المرء روجرز يبدو له بأن تصور التحليل النفسي للشخصية وبشكل خاص للعصاب قد كانا مألوفين وبديهيين بالنسبة له، إلى درجة أنه افترض الدراية بمعارف التحليل النفسي ولم يدخل معه في جدل.

ما كان يهمه ويريد إبرازه لم يكن في كل الأحوال مسألة كيف تنشأ البنى النفسية، وحتى اليوم قلما تحتل هذه المسألة أهمية في المعالجة النفسية بالمحادثة. وعليه لا يوجد على سبيل المثال علم نفس نمائي في المعالجة النفسية بالمحادثة.

الموضوع المركزي كان وما يزال هو السيرورة العلاجية في نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة وداخل هذه السيرورة أحد المشاركين في هذه السيرورة بشكل خاص ألا وهو *المعالج*. أما أين ومتى ولماذا يعيش ويشعر متعالج طبقاً. أما مسألة أين و متى ولماذا يعيش ويشعر متعالج طبقاً لأطوار السيرورة الموصوفة بدقة (أنظر كذلك الفصل IV)، فقلما تم الاهتمام بها ومناقشتها في المعالجة النفسية بالمحادثة، وبالمقابل تحتوي أطوار السيرورة هذه على علم نفس تطور مرجعية إنسان ما إلى خبرته الذاتية ضمن المعالجة التي تقود إلى نجاح العلاج.

ومن خلال وصف هذه المرجعية للخبرة الذاتية والتي يسميها روجرز ((نمو الشخصية)) نكون قد قدمنا وصفا للمحتويات التي يجب أن يتجه إليها تعاطف المعالج - ليس أكثر - ولكن أيضاً ليس أقل.

ومن الناحية التشخيصية يمكن بمساعدة البناءات العلاجية النفسية بالمحادثة حول الشخصية وصف جزء من الشخص، هذا الجزء المهم في سيرورة التعاطف الذاتي الذي سميناه السبر الذاتي في الفصل الأول من هذا الكتاب وفي ردة الفعل على عرض العلاقة من جانب المعالج في السيرورة العلاجية. - ما هي الكيفية التي ينمو بها شخص بحد ذاته منذ الولادة وأيتها هي مراحل النمو التي تترافق مع أشكال محددة من التعاطف الذاتي وما هي هذه الأشكال من التعاطف الذاتي أو ما هي الأشكال المفضلة من التواصل مع الناس الآخرين وبهذا أيضاً ما هي أشكال ردود الأفعال على عروض العلاقات ومع أية عناصر أخرى من بنى الشخصية تترافق - مثل هذه المسائل ليست من المسائل التي يطرحها العلاج النفسي بالمحادثة كما وأنه لا يستطيع الإجابة عنها.

فالإمكانات بالنسبة للمعالج النفسي من ناحية النظرية العلاجية محدودة جداً: البقاء في إطار تصويراته العلاجية النفسية بالمحادثة والتعامل مع مشكلة تصعيب

المتعالج للمعالج معاملته بتقدير غير مشروط وبتعاطف أصيل من خلال أن يفكر كيف توصل المتعالج إلى تصعيب العمل العلاجي بهذا الشكل.

ونرى في هذا ((التفسير)) فرصة للمعالجين النفسيين بالمحادثة، وهذا ما سنقوم بإيضاحه فيما يلي:

يغلب أن يوجد في مجرى المعالجات النفسية بالمحادثة - وبشكل خاص في بداية المعالجات فرصة للتفكير حول المتعالج وليس معه، الأمر الذي يبدو أنه مسموح للمحللين النفسيين على عكس المعالجين النفسيين بالمحادثة. يحاول المتعالج النموذجي الذي يستفيد من المعالجة النفسية بالمحادثة (وصف مفصل لدى تاوش ١٩٨٧) أن يوضح لمعالجه بأنه هو نفسه لا يستطيع تقبل واحترام نفسه وأنه يقف باستمرار عائقاً في سبيل نفسه، متوتر وغير هادئ، معاني وغير كفء وضعيف وبأنه لا يريد التعامل لا مع الناس ولا مع نفسه أيضاً لأنه يشعر بأنه متعلق بأحكام الآخرين وبتقبله كما هو الأمر الذي لا يستطيع تصوره على الإطلاق ، إنه لا يستطيع تقبل نفسه كما وأنه ليس من الناس الذين يستطيع المرء تقبلهم. إذاً ليس له شيء آخر غير التواري عن كل الناس والأشياء...الخ. إنه لمن الصعب جداً الشعور بالانسجام والتقدير غير المشروط ضمن هذا الوضع من إدراك الذات؛ كما وأنه من الأصعب التصور أن معالجة مشكلات مثل هذا المتعالج من خلال مجرد التفهم المنسجم والمُقَدِّر فحسب، أي الثقة بالفرضية. الأساسية للمعالجة النفسية بالمحادثة والقائلة بأن كل إنسان في يملك في ذاته إمكانية تنمية نفسه للشيء الأفضل بالنسبة له.

ويمكن للمعالج النفسي بالمحادثة أن يحسد زميله المحلل النفسي الذي يمكنه أن يفسر ويوضح لنفسه مثل هذا الشكل من وصف الذات من منظور علم النفس النمائي ويستطيع أن يغرف الثقة بالنفس كمعالج من مثل هذا النوع من التفسير،

في حين أن المعالج النفسي بالمحادثة يقف هنا مع خواطر مثل: ((كل واحد ينال قسمته ! كل وحسب مجهوده (الجزاء على قدر العطاء)، من لا يعرض شيئاً لا يمكنه الشكوى من أن أحداً لم يشتر منه)).

أو أن المعالج يشعر بالشفقة ويبدأ بالتفكير بشدة حول الكيفية التي يمكنه بها أن يحقق لهذا الإنسان احتراماً أكثر لنفسه وخبرات نجاح أكبر و أن يقوي بها إدراكه أو حساسيته للأشياء الإيجابية الموجودة بالتأكيد حتى بالنسبة له في ردود أفعال الآخرين عليه.

في الحالات غير الملائمة يصبح المعالج حانقاً ويرغب بمواجهة المتعالج بأنه لا يعطي أي إنسان فرصة للاهتمام به وبأنه يفهم ويتقبل الناس الذين يرفضونه أكثر من الناس العميان إلى درجة ألاّ يروا كم هو عديم القيمة...الخ.

وسواء شعر المعالج النفسي بالمحادثة بالتأنيب أو المعاناة أو بدوافع طيبة أو غير طيبة وبرغبته بإصلاح العالم فإنه لابد له إذا أدرك مهمته كمعالج نفسي بالمحادثة من أن يستنتج أنه لا يستطيع أن يكون بالنسبة لهذا المتعالج منسجماً ومتعاطفاً ومقدِّراً دون شروط. وهذا يعني أنه على المعالج النفسي بالمحادثة بادئ ذي بدئ فهم ما يفكر ويحس به هو نفسه في ردود الأفعال على المتعالج. كما ويمكننا القول: عليه في البدء تطبيق متغيرات المعالج في التفهم المتعاطف والانسجام والتقدير غير المشروط على نفسه. فإذا فعل المعالج النفسي بالمحادثة ذلك واستطاع مثلاً أن يكتشف بأنه ليس لديه مزاج أو لا يتشجع على إقحام مودته للناس ضد إرادتهم المعلنة ؛ أو أنه لا يفهم بسهولة كيف لا يرى الناس اهتمامه أو لا يتقبلونه عندما يؤذون أنفسهم ويريد أن يقود أولئك الناس إلى مصلحتهم، أو أنه يغضبه عندما يكون أحدهم عنيداً ويترف وكأنه ليس مذنباً ويود لو أنه يُري هؤلاء الناس بأنه، أي المعالج، ليس أعمى، على الأقل لينخدع من خلال ادعاءات عدم الذنب تلك. في

كل الأحوال سوف يكتشف المعالج بأنه يشعر بأنه مغلوب على أمره تجاه هذا المتعالج وسوف يبحث عن طريقة للخروج من مشاعر الإحساس بالعجز هذه، وأن يستطيع تقبل محاولاته في التغلب على هذه المشاعر، عندئذ يستطيع الاهتمام بهذا المتعالج وسوف يسأل نفسه: ((ما الذي يفعله ويقوم به المتعالج في الواقع ؟ لأي شيء أستجيب فيه بمشاعر العجز ؟)).

فالمعالج يستطيع اكتشاف أن المتعالج قد قال بأنه على الرغم من أنه يقدم نفسه للمعالج كمتعالج، إلاّ أن ما يقدمه لا يشكل شيئاً لا من الناحية العلاجية ولا الإنسانية.. إنه نفسه، أي المتعالج،ذكي كفاية ليرى أنه من المستحيل أن يستطيع شخص مثله أن يتقبله، أي أن يقدره. وبهذا يكون قد أبلغ المعالج بأنه يستطيع توفير تقديره العلاجي لنفسه؛ فالمتعالج إما لن يدرك أو لن يصدق التقدير العلاجي للمعالج أو سيدرك ذلك كدليل على النوعية الناقصة للمعالج.

فالمتعالج قد أخبر المعالج بأنه يشعر بالعجز في الحصول على تقدير شخص آخر وبأنه يصر على أن يتم تقديره وتقبله في هذه المشاعر من العجز.

في حال أنه لم يتم فهمه وتقبله في هذا، سوف يهدد ببرهان عدم كفاءة المعالج: وسوف لن يشعر المتعالج بأية حال من الأحوال بأنه مُقَدَّر. وهنا سوف يظل شرطاً ضرورياً غير محقق بالنسبة للسيرورة العلاجية. فإذا تمكن المعالج من فهم وتقبل خبرته الذاتية من العجز كمعالج ومحاولاته الذاتية في صدها، فإنه سوف يتمكن من فهم وتقبل مشاعر العجز لدى المتعالج وكذلك محاولاته في صد هذه المشاعر. عندئذ سيتمكن من التعرض بصورة منسجمة و متقبلة ومتعاطفة إلى خبرة المتعالج هذه، أي أنه يستطيع أن يعبر عن رغباته ((في إلغاء)) هذه المشاعر عند المتعالج من خلال تدخل ((تفعيلي)) ما. كما وأنه سوف يستطيع التصور ثانية بأنه إذا تمكن المتعالج من تقبل مشاعره في العجز بصورة كاملة والحنق الذي تسببه له

هذه المشاعر فإنه بالتأكيد سوف يولد أفكاره وسوف يقاوم بنجاح أكثر و برضا أكبر وسوف يتمكن من الاهتمام بنفسه أكثر مما لو كان الأمر عليه حتى الآن. وهذا يعني: سوف يستطيع المعالج أن يتصور ثانية بأنه من المفيد معاملة المتعالج بطريقة علاجية نفسية بالمحادثة. ونأمل أن يكون المثال قد أوضح ما نريد تلخيصه هنا:

(١) المعالج النفسي بالمحادثة محصور وملتزم - وهنا بالتحديد توجد فرصة - بالتحقق من إمكاناته باستمرار بمعاملة متعالجه الملموس في اتصال ملموس معه بالنظر للتعبيرات الملموسة التي يقوم بها المتعالج، بتقدير غير مشروط وبانسجام وتعاطف. فقط عندما يكون التعاطف من هذه النوعية الانفعالية عندئذ يمكن اعتبار السيرورة التعاطفية فاعلة علاجياً. وفي التأكيد الشديد على هذه النوعية الانفعالية للتعاطف تختلف التعليمات الموجهة إلى المعالجين النفسيين بالمحادثة عن التعليمات الموجهة للمعالجين النفسيين بالتحليل النفسي.

(٢) نظرية العلاج النفسي بالمحادثة هي نظرية أشكال التعاطف الذاتي. إنها لا تحتوي على بناءات حول بنية الشخصية التي تتجاوز هذا الإطار. وتذهب نظرية المعالجة النفسية بالمحادثة من أنه ضمن معالجة ما ينبغي ألاّ يتعدى التفكير حول المتعالجين هذا الإطار أيضاً. فإذا لم يستطع المعالج فهم ما هو ضروري لفهمه حول المتعالج من أجل أن يستجيب إليه تعاطفياً. فعلى المعالج هنا أن ينعم التفكير في نفسه وهذا لا يعني بالتأكيد أن اكتساب المعرفة حول التحليل النفسي للناس ضار بأي شكل من الأشكال بالنسبة للمعالجين النفسيين بالمحادثة وإنما يتضمن ذلك فقط أنه ليس من المناسب الاحتماء وراء هذه المعرفة من أجل تذليل مشكلة أنني كمعالج نفسي لا أفهم لماذا لا أفهم متعالجي.

(٣) كل إمكانات تغيير شيء ما هي من حق المتعالج في نظرية المعالجة النفسية بالمحادثة. أما وظيفة المعالج فهي بشكل خاص عدم خلخلة سيرورة التعديل هذه.

((إذا استطعت إقامة نوع ما من العلاقة فسوف يكتشف الآخر عندئذ المقدرة في ذاته، للاستفادة من هذه العلاقة من أجل تفتحه وسوف تحدث التعديلات والنمو الشخصي)) (روجرز، الطبعة الألمانية ١٩٧٣، ص. ٤٧).
وحتى الآن حاولنا عرض وإيضاح النوعية الانفعالية التي ذكرناها بكثرة لعرض العلاقة العلاجية النفسية بالمحادثة. وكانت المقارنة بالتحليل النفسي مفيدة في أكثر من وجه وكانت مساعدة للعرض الموضح أو لفهم المعالجة النفسية بالمحادثة وبشكل خاص في النقطة التي تختلف فيها التعليمات الموجهة للمعالجين النفسيين بالمحادثة عن التعليمات الموجهة للمحللين النفسيين والمتمثلة في: مطلب التقدير الإيجابي غير المشروط.

٣. مقارنة المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي من منظور التحليل النفسي

أثناء قيامنا بهذا العمل ظهر موضوع في مجلة ((النفس Psyche)) يقارن المعالجة النفسية بالمحادثة والتحليل النفسي من وجهة نظر التحليل النفسي، حيث قامت كوهلر- فايسكر ١٩٧٨ بمقارنة ((تقنية المعالجة عند فرويد مع تقنية المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج وفق روجرز)) وتوصلت إلى نتيجة أن روجرز

ـ مقارنة ((بالهدف الرئيسي للتحليل النفسي)) المتمثل في ((بحث اللاشعوري)) قد هذَّبَ ((مركبات التقنية الفرويدية)) الأقرب لأن تكون هامشية و المتمثلة في ((تحقيق ظروف نقل وعمل مناسبة)) ((على حساب الأشياء الأخرى)). وتستطيع المؤلفة إثبات أن كل تعابير روجرز حول ماهية الشيء المهم في المعالجة النفسية لها ما يقابلها في تعابير فرويد يمكن مقارنتها بحيث أن روجرز لم يقل شيئاً لم يقله فرويد أيضاً. وإلى جانب إشارة المعالجة النفسية بالمحادثة للشروط الهامشية إلى حد ما ولكن الضرورية للسيرورة العلاجية تؤكد المؤلفة على: ((إن تلك المواقف التي التي مَوْضَعَها روجرز في < تقنياته > ... قلما يتم تعليمها في التأهيل التحليلي النفسي))....((وبشكل خاص عند التعامل مع المضطربين في المرحلة القبل جنسية بشكل غالب تصبح تلك المواقف ذات أهمية علاجية من جديد))، غير أن ((شروط السيرورة التحليلية)) قد حددت في المعالجة النفسية بالمحادثة فقط (صفحة ٨٤٤)، أي أنه قد تمت صياغة مواقف المعالجين تجاه المتعالجين التي يمكن على أساسها أن يبدأ العمل التحليلي الفعلي فقط. وهذه المواقف هي تحليل النقل الذي تتكشف فيه المشاعر من جديد، مشاعر اعتبرت خاصة بمواضيع الطفولة، مع الإمكانات الناجمة عن ذلك بدمج هذه المشاعر المكتشفة ثانية في الأنا. فعندما يحقق العلاج النفسي بالمحادثة نجاحاً، الأمر الذي لا يمكن أن يتخلله الشك، فإن ذلك لابد وأن يكون في أن العلاقة التي يقيمها المعالجون النفسيون بالمحادثة مع المتعالجين مخلوقة في هذا التيار الذي يفجر المواقف والمشاعر القبل شعورية. عندئذ يعتقد بأنه من المحتم أن يصل المرء إلى المجالات اللاشعورية ويناقش مظاهر العصاب الطفولي.

وعلى العكس من كوهلر ـ فايسكر التي تذهب من أن مثل هذه التوسيعات للشعور أو لتقوية الأنا لم يتم ((تصميمها من روجرز))، نريد هنا تكرار أن تصورات

المعالجة النفسية بالمحادثة هي تصورات السيرورة العلاجية وليست تصورات لنظرية في الشخصية بمعنى علم النفس النمائي أو علم نفس الأنا. ومتغيرات المعالج الجوهرية غير مصممة على أنها سمات علاقة ملائمة لتحضير سيرورة العلاج الفعلية وإنما باعتبارها الشروط الضرورية والكافية للتعديل البناء من خلال المعالجة. إنها مصممة كعناصر ديناميكية وفاعلة بشدة وخاضعة للتعديل باستمرار سواء في سياق المقولات الملموسة التي يقولها متعالج ما أم في سياق استعداده لقبول تعبير عاصر السلوك العلاجي هذه، أم في سياق تفاعلها في المعالج (قارن الفصل I و II).

إنها لا تحتوي على مواقف واتجاهات المعالج بغض النظر عن السيرورة العلاجية وإنما تصنف مساهمته في الحدث العلاجي الملموس.

أما فيما إذا كانت هذه المساهمة الأساسية يمكن أن تصبح فاعلة مع أو بدون اتصالات المتعالج مع عصاباته الطفولية ضمن العلاج، فإن هذا لا تتم مناقشته في المعالجة النفسية بالمحادثة.

ولكن ما تتم مناقشته بشكل واسع في إطار التأملات العلاجية النفسية بالمحادثة هو آثار علاقة علاجية ناجحة، أي آثار علاقة علاجية موفقة، أي توسيع المدخل إلى المشاعر وإمكانية ترميز معناها وجعلها تصبح شعورية وإمكانية خبرتها كجزء من ذات الشخص وتحريرها من التشكيلات الجامدة التي نشأت من ماضي المتعالج وتفسيرها وربطها في علاقة مع للأشخاص الآخرين وبالواقع بشكل عام

٤. مقارنة وجهة النظر التوجيهية للعلاج السلوكي مع المعالجة النفسية بالمحادثة اللاتوجيهية

أثناء مقابلة المتعالج، تلك التي تُصَعِّب على المعالج الاستمرار بالاحتفاظ بعرض العلاقة العلاجي النفسي بالمحادثة، وبشكل خاص التي تُصَعِّب التقدير غير المشروط كما وصفنا سابقاً، ينزلق المعالجون النفسيون بالمحادثة في محاولات التخلي عن المعالجة النفسية بالمحادثة لصالح استراتيجيات التأثير الفعالة و المُعَدِّلة للسلوك بسهولة أكبر من محاولة تحليل المتعالج لتجنب التعامل مع المشاعر الذاتية. (قارن الفصل II).

يُوَجَه المتعالجين غير السعداء والمتوترين والخجولين من التواصل مع مفهوم سلبي عن الذات وقصور في السلوك وغير المستقلين والذين يرغبون بالتعلق ويتصفون بسلوك واضح من التجنب يدفعهم إلى مزيد من العزلة باستمرار إلى التفكير بحسنات خفض الحساسية المنتظم والتدريب المنفر وتدريب التواصل المنتظم وتقنيات ضبط الذات وخفض الحساسية في الموقف والتعلم وفق النموذج وتدريب حل المشكلات...الخ. أي يوجهون إلى التخلي عن وجهة نظر ((المعالجة النفسية بالمحادثة)) ((اللاتوجيهة nondirective)) لصالح العلاج السلوكي التوجيهي. ومن المؤكد أن ذلك يعود إلى أن النفسانيين يتعرفون أول ما يتعرفون ويجمعون خبراتهم في أثناء التأهيل على نماذج المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية في الوقت نفسه، ولا تتم دائماً مراعاة حقيقة أن التعديلات النفسية عادة ما تحتاج إلى وقت كاف ولا تتم بدون مقاومات مهما كانت رغبة أو دوافع المتعالج في التعديل.

وعليه يغلب جداً أن يواجه المعالجون النفسيون وبشكل خاص الأصغر سناً وغير الخبيرين الموقف الذي لابد لهم وأن يسألوا أنفسهم فيه فيما إذا كان المتعالج يحتاج لوقت للتعديل بالفعل أم أن مقاومته للتعديل ما تزال حية، أم أن المعالج نفسه لا

يتصرف بكفاءة. في هذه النقطة بالتحديد يغلب أن يطرح المعالج الذي يعمل بالمعالجة النفسية بالمحادثة السؤال فيما إذا كان هناك طرق معالجة أكثر فاعلية وأكثر ملائمة للمتعالج ومشكلاته من طريقة المعالجة النفسية بالمحادثة ((غير الموجهة))، تلك الطريقة التي تحاصر المعالج كثيراً في نشاطاته وخواطره.

وكما أظهرنا في بداية هذا الفصل لم يكن في الوقت الذي صاغ فيه روجرز الشروط الضرورية والكافية للتعديل البناء في الشخصية من خلال المعالجة النفسية ((مدارس علاج)) كما هي اليوم. كما وأن روجرز لم يرد بصياغاته وضع حجر الأساس لشكل جديد من العلاج وإنما صاغ بوضوح خبرات ممارساته الخاصة الطويلة والخبرات التي أُخبر عنها من ممارسات معالجين آخرين في صيغة ((تجريدات Abstractions)). فقد صاغ روجرز ((شروطاً)) لمعالجةٍ وليس ((متغيرات أساسية)) و ((تعليمات تصرف)) للمعالجين. وعلى ما يبدو فإن اقتراحات روجرز بجعل ((تجريداته)) إجرائية قد أسهمت بشكل جوهري في أنه اليوم قد تم في كثير من المواضيع نسيان أن علم المعالجة النفسية بالمحادثة ليس علماً حول تقنية المعالجة وإنما هو تجميع لخبرات معالجين قابلة ضمن أشياء أخرى للاختبار التجريبي إلى حد ما.

بالمقابل يعمل العلاج السلوكي في فهمه لنفسه وفي محاولات إيجاد النموذج الخاص به بشكل آخر من حيث الجوهر. فالعلاج السلوكي يحاول صياغة كل الشروط والعوامل الممكنة لسيرورة تفاعل بين المتعالج ومعالجه طبقاً للأسلوب السائد في علم نفس التعلم بهدف التجريد التجريبي للعوامل والشروط التي تجعل سيرورة التفاعل سيرورة علاجية أي الوصول إلى التعديل المرغوب عند

المتعالج. أما العناصر المميزة للسيرورة العلاجية في العلاج السلوكي فهي: (عن بيرغولد ١٩٧٤)

١- تقنيات المعالجة (أي المعرفة الواضحة بالتعديل من قبل المعالج): وتقع هذه المعرفة في مقدمة الاهتمام. إن البحث يخدم بشكل خاص تعيين Specification و مَثْلَنَة سلوك المعالج الأداتي التقني instrumental-technical (صفحة ٢٦٣).

٢- سلوك المعالج غير الخاص أو غير التقني (أي المعرفة الضمنية بالتعديل من قبل المعالج)، الذي يمكن تحويله من خلال الدراسات التجريبية إلى معرفة تعديل واضحة.

٣- متغيرات الشخصية عند المعالج.

٤- موقف تأثير اجتماعي خاص يمتلك فيه المعالج السلطة على المتعالج، بمعنى أنه يمتلك التعزيز للمتعالج، أي إمكانات تحريره من الموقف الاكتئابي أو إمكانات إشباع حاجاته على سبيل المثال.

٥- وحدات، يمكن أن يشكلها الشركاء العلاجيين. فقد أشار باير ١٩٧٤ صفحة ١٥٦ على سبيل المثال أنه يمكن للمعالجين أن يكونوا أفراداً منفردين، ((إلا أنهم يمكن أن يتم تمثيلهم من خلال مجموعة على نحو العاملين في جناح قسم الطب النفسي أو يمكن استبدالهم من خلال تعليمات إجرائية مثل الآلات الحاسبة أو آلات النقود)).

ونقرأ لدى روجرز تحت عنوان ((خبرات التعلم المهمة)) (١٩٦١، الطبعة الألمانية ١٩٧٣) عكس ذلك:

((في علاقتي بالآخرين وجدت أنه ليس من المجدي على المدى الطويل التصرف وكأني لست أنا)) (صفحة ٣٢) ((يبدو لي بأني أحقق أكثر، عندما أصغي إلى نفسي بقبول، عندما أستطيع أن أكون أنا نفسي بالكامل)) (صفحة ٣٣)، ((عندما أتقبل نفسي كما أنا فإني أغير نفسي وأعتقد بأنني قد تعلمت من خلال متعالجيَّ ومن خلال خبراتي الخاصة أننا لا نستطيع تغيير أنفسنا ولا نستطيع الابتعاد عما نحن فيه بصورة كاملة، إلاّ عندما نتقبل ما نحن عليه بصورة كاملة، عندئذ يحصل التعديل بصورة لا رجعة فيها تقريباً)) (صفحة ٣٣).

((عندما أتمكن من تقبل حقيقة أن هذا المتعالج أو هذا الطالب يزعجني ويشعرني بالملل، عندئذ أكون قريباً جداً من حالة تقبل ردة فعل مشاعره. بالإضافة إلى ذلك أستطيع أن أتقبل بسهولة أكبر الخبرات والمشاعر المتغيرة التي تظهر عندئذ على ما يبدو فيَّ وفيهِ (صفحة ٣٣).

((عندما أجعل شخصاً آخر يفهمني أخاطر من خلال الفهم بأن أتغير)) (صفحة ٣٤).

((كلما كنت أكثر صراحة تجاه الواقع في ذاتي وفي الآخرين كنت أقل انزلاقاً في رغبة التسبيب و إصلاح الأشياء...، في وضع أهداف تشكيل الناس وتوجيههم إلى الوجهة التي أرغبها))

(صفحة ٣٧)..

((من الغرابة بمكان أنه بالدرجة التي يصمم فيها كل منا على أن يكون هو نفسه، يكتشف بأنه قد غير نفسه وليس هذا فحسب، بل يكتشف أيضاً أن الآخرين الذين تربطهم به علاقة قد غيروا أنفسهم)) (صفحة ٣٧).

وكمعالج نفسي يجد المرء في مثل هذه الجمل خبرات تعلم مهمة (قارن الفصل I)، وعناصر دقيقة كفاية لوصف سيرورة العلاج أي أن تطابق المعالج النفسي هو الشرط العلاجي الأساسي على المدى البعيد الذي بدونه لا يمكن لأي شيء أن يقدم المساعدة. عندما أستطيع أن أواجه نفسي على طريق التعاطف الذاتي بشكل متقبل، فإني أغير من نفسي.وليس هناك فرق سواء كنت معالجاً أم متعالجاً. فبدون هذا التقدير غير المشروط فإن أي تعديل يكون غير ممكن. عندما لا أستطيع تقبل المشاعر التي يثيرها الآخر في ذاتي عندئذ لا أستطيع أن أتقبل الآخر، وكذلك لا أستطيع عندئذ مساعدته. فقط عندما أسمح بأن أتغير من خلال المتعالج فإني أملك كمعالج فرصة لتمكينه - أي المتعالج - من التغير.

ويؤكد روجرز إذاً بوضوح بأن الأسلوب غير المباشر وبشكل خاص الموقف غير المباشر للمعالجين يشكل شرطاً أساسيا لفرص التعديل البناءة من خلال المعالج. وربما لا تكون المساواة التي أصبحت في ألمانيا مألوفة بين غير المباشر nondirective والمتمركزة حول المتعالج client centered صحيحة مائة بالمائة بل الأرجح أن المعالجة النفسية بالمحادثة متمركزة حول المعالجين في أفكارها therapeutcentered، ذلك أن مفاهيمها الأساسية الأهم تحتوي على تعريفات لسلوك المعالجين اللازم.: فالمعالج يمتلك تعليمات دقيقة حول كيفية تصرفه غير أنه عليه أن ينمي هذا السلوك تجاه نفسه بشكل خاص، أي عليه أن يسأل نفسه باستمرار فيما إذا كان يستطيع أن يكون متعاطفاً ومقدِّراً بشكل غير مشروط منسجماً تجاه المتعالج. وعندما يكتشف أنه بالتحديد الآن لا يستطيع أن يكون ذلك فإنه عليه أولاً أن يفسر ما الذي فيه نفسه يعيقه من أخذ هذا الموقف العلاجي، بعد ذلك عليه الاهتمام بالمتعالج.

لننتقل الآن إلى معالجة المسألة التالية: إلى أية نتيجة نصل عندما نُرَكِّب (عِلْم) المعالجة النفسية بالمحادثة على إطار نموذج معالجة سلوكية ؟

إننا نرى:

١- في حين أن المعالجة السلوكية تعرف الكثير من تقنيات المعالجة ويحتل تطويرها الاهتمام الأساسي للمعالجة السلوكية فإن المعالجة النفسية بالمحادثة لا تعرف إلاّ التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية فقط،، - كسلوك للمعالجين يعبر عن التعاطف والانسجام والتقدير غير المشروط.

٢- يمكن القول أن هذه الثقة بالميل إلى تحقيق الذات Selfactualization وبفاعلية الشروط اللازمة والكافية المصاغة من أجل التعديل البناء للشخصية من جانب المعالجة النفسية بالمحادثة تحدد معرفة ضمنية بالتعديل.

٣- يفترض غالبية المعالجين السلوكيين (مثل بيرغولد وباير) وغالبية المعالجين النفسيين بالمحادثة (قارن الفصل الأول) أنه يوجد في المعالجة النفسية بالمحادثة الكثير من المعرفة حول تأثير متغيرات الشخصية للمعالج على السيرورة العلاجية وبهذا على المتعالج. ونريد التأكيد أنه يوجد في المعالجة النفسية بالمحادثة دراسات حول ((سمات الشخصية)) للمعالج فيما يتعلق بإمكاناته على تحقيق متغيرات المعالج بالمحادثة (تاوش، ١٩٧٣، صفحة ١٦٣).

وينبغي عدم الخلط بين هذه الدراسات وبين الدراسة العلاجية النفسية بالمحادثة لمتغيرات المعالج، حتى عندما يمكن للمرء مساواة تحقيق هذه المتغيرات مع اتخاذ ((موقف))، فلا بد من التمييز بين شخصية المعالج وبين كفاءته بأن يكون

معالجاً نفسياً بالمحادثة جيداً. إن سعي المعالج لتحقيق عرض العلاقة العلاجية هو الذي يكون مؤثراً علاجياً و ليس ((شخص)) المعالج. في العلاج يتعرف المتعالج على نفسه بنفسه وليس على المعالج كشخص.

٤- يتألف ((موقف التأثير الاجتماعي الخاص)) بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة بوضوح من أن إنسان ما يؤثر على إنسان آخر من خلال عدم التأثير عليه. إن المعالجة النفسية بالمحادثة عبارة عن نموذج ديالكتيكي، وذلك في الموقع الذي تؤكد فيه على مبدأها غير المباشر nondirective

٥- وعلى عكس المعالجة السلوكية فإن المعالجة النفسية بالمحادثة تعرف الإنسان الفرد كمعالج، يقدم عرض علاقة محدد إلى شخص آخر.

وفي هذا الإطار تقود مقارنة المعالجة السلوكية مع المعالجة النفسية بالمحادثة إلى ما يلي:

التقنيات المتنوعة للمعالجة السلوكية ومعرفتها الواسعة بالشروط وبالتعديل يقابلها في المعالجة النفسية بالمحادثة التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية ((كتقنية)) وحيدة، وفرضية ميول تحقيق الذات وصياغة عرض العلاقة: التعاطف الأصيل والمُقَدِّر من خلال المعالج باعتبارها معرفة ضمنية وحيدة ولكن كافية للشروط والتعديل.

أما الفرق الجوهري بين شكلي المعالجة فيكمن في وجهة النظر غير المباشرة.

٥. مقارنة متغيرات المعالج في المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية.

لنقارن عرض المعالجة السلوكية مع عرض المعالجة النفسية بالمحادثة من منظور العلاقة:

في البدء من الواضح أن المعالج السلوكي يقدم المعرفة وطرق تعلم المعرفة (كتقنيات الضبط الذاتي) في حين أن المعالج النفسي بالمحادثة يفسح المجال لتحقيق الذات من خلال عرض علاقة ما.

في المعالجة السلوكية يتم ضبط المتعالج ودراسة ((متغيرات المعالج)) بهدف مثلنة التأثير على المتعالج. أما في المعالجة النفسية بالمحادثة فيتم ضبط المعالج. وتهدف دراسة متغيرات المعالج إلى مثلنة إمكانات ضبط الذات عند المعالج.

تقوم المعالجة السلوكية ((بتولي السلطة)) على المتعالج من أجل شفاءه (تومان، ١٩٧٨)، في حين أن المعالجة النفسية بالمحادثة تهدف من خلال صياغة متغيرات المعالج إلى منع المعالج من السيطرة على المتعالج لصالح تمكينه من مواجهة المتعالج بدون شروط وبشكل غير توجيهي بأي شكل من الأشكال.

ووفق هذه الأفكار يمكن القول بصورة ملخصة: تختلف نماذج المعالجة السلوكية والمعالجة النفسية بالمحادثة في فرضياتها الأساس حول منشأ التعديل:

المعالجة السلوكية عبارة عن نموذج مثير - ردة فعل ونموذج تعلم؛ والمعالجة النفسية بالمحادثة عبارة عن نموذج شروط المعالجة (روجرز ١٩٥٧)(قارن الفصل I).

وتتألف المعرفة المطلوبة من المعالجة السلوكية حول ((عوامل التأثير الاجتماعي)) في المعالجة النفسية بالمحادثة من صياغة الهدف المتمثل في ((الأسلوب غير المباشر)) ومن مطلب ضبط الذات عند المعالج فيما يتعلق بتحقيقه لمتغيرات المعالج.

وكان المعالجون النفسيون بالمحادثة قد ركبّوا أكثر من مرة معرفتهم على قوالب نموذج المعالجة السلوكية وذلك من خلال فحصهم التجريبي ((للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) كطريقة للإشراط اللفظي مثلاً، أو من خلال دراستهم لمتغيرات المعالج من منظور موقع تأثير اجتماعي معين أو من منظور طريقة ما (قارن الفصل II). وقد ظهر في هذا الإطار أن نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة كان ركيكاً مقابل نموذج المعالجة السلوكية.

ولكن إذا قمنا بتركيب عرض العلاقة عند المعالجين السلوكيين على قالب المعالجة النفسية بالمحادثة، أي بالتحديد إذا قارنا صياغات روجرز حول الشروط الكافية والضرورية لتعديل الشخصية من خلال المعالجة النفسية مع المعرفة المصاغة من قبل المعالجة السلوكية حول التعديل فإنه لابد من القول أن صياغة الموقف العلاجي في المعالجة النفسية بالمحادثة قد تمت كعلاقة، أما في المعالجة السلوكية فقد صيغت كموقف تأثير اجتماعي.

يوصف الإنسان في المعالجة النفسية بالمحادثة بأنه إنسان موجود في حالة من عدم الانسجام أي أنه مقيد في كامل خبرته بصراع بين- نفسي. أما المعالجة السلوكية فيمكنها تعريف كل متعلم بأنه مريض.

تقتضي المعالجة النفسية بالمحادثة من المعالج السعي في العلاقة الملموسة بالمتعالج للسماح لنفسه أن يجعل خبرته ككل شعورية. فالمعالج يعمل هنا في نفسه، أما المعالج السلوكي فهو يطبق معرفته التعديلية، إما عن طريق التأثير المباشر على المريض أو عن طريق تلقين المعرفة وبهذا بطريق غير مباشرة. فالمعالج يعمل في المتعالج.

يبذل المعالج النفسي بالمحادثة جهده من أجل تحقيق الموقع الانفعالي للتقدير غير المشروط في حين تعتبر المعالجة السلوكية أن متغيرات المعالج هذه متغيرات ضمنية، أي غير مبحوثة، أو تعتبرها متغيرات الشخصية عند المعالج، ويتم بحثها إما كمتغيرات مخلة في أثناء تطبيق معارف التعديل أو كوسائط أو تُبحث بهدف جعل معارف التعديل الضمنية معارف تعديل واضحة.

ويسعى المعالج النفسي بالمحادثة عن طريق التعاطف مع المرجعية الداخلية للمتعالج إلى الخبرة وإلى مشاركة المتعالج بهذه الخبرة. أما المعالج السلوكي فيعالج بتقنيات خاصة، يستخدمها على أساس معرفته بالكيفية التي تم فيها تعلم سلوك المريض وبالشروط التي حافظت على هذا السلوك، وبضبط تأثيراته باستمرار من خلال التأثير الذي تحدثه عند المتعالج.

ومن وجهة نظر المعالجة النفسية بالمحادثة لا تحقق بديهيات وتقنيات المعالجة السلوكية أية شروط كافية وضرورية للتعديل البناء للشخصية من خلال المعالجة النفسية.

على أية حال لم تقم المعالجة السلوكية بصياغة أي من هذه الشروط، لا كشروط ضرورية و لا كشروط كافية.

7. مناقشة ما يسمى مبدأ الاستطباب التفريقي

إذا تأملنا في إطار المعالجة النفسية بالمحادثة إمكانات البحث العلاجي المقارن فإن السؤال الذي يطرح نفسه علينا يتمثل في: ما هي التقنية التي يمكن اعتبارها تعبير عن سلوك المعالج التعاطفي والحقيقي و المُقَدِّر بصورة غير مشروطة بدلاً من ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) ومع أي من المتعالجين يمكن استخدامها ومن هم المعالجين الذين يستخدمونها. وهذا هو السؤال الوحيد للبحث المقارن بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية الذي يمكن طرحه من وجهة نظر المعالجة النفسية بالمحادثة. وحسبما نعلم فإن هذا السؤال لم يبحث لا من المعالجة النفسية بالمحادثة و لا من المعالجة السلوكية، ويثار خارج إطار المعالجة النفسية بالمحادثة بالنسبة للمعالجين النفسيين بالمحادثة من خلال بحث مقارن للمعالجة: هل هناك طرق تحقق تأثيرات بناءة عند المتعالجين بدون التقدير غير المشروط والمنسجم و التعاطفي (أي تأثيرات مُرَممة أو معدلة للبنية بشكل إيجابي أيضاً) ؟. وحسب معرفتنا فإن هذه النتائج لم يتم بحثها حتى الآن.

نتائج

١) لا تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة نفسها تقنية يمكن مقارنتها بتقنيات علاجية أخرى، بل أنها تعتبر نفسها خلاصة Extract من كل الأشكال الممكنة للعمل البناء مع إنسان محتاج للمساعدة العلاجية النفسية. إنها صياغة للشروط الكافية والضرورية للتعديل البناء من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة. ولا بد من مناقشة الملائمة أو الفاعلية النسبية للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية - حتى بالشكل الموضح من قبلنا في الفصل الأول - باعتبارها الوسيلة الوحيدة للتعبير عن هذه الشروط من جانب المعالج في إطار المعالجة النفسية بالمحادثة. ويعتبر التعاطف والانسجام والتقدير غير المشروط من جانب المعالج في المعالجة النفسية بالمحادثة شروطاً لا يمكن التخلي عنها في كل علاج نفسي بناء.

٢) لا يتم في إطار المعالجة النفسية بالمحادثة طرح مسألة كون المعالجة النفسية بالمحادثة أكثر ملائمة من أشكال أخرى من العلاج لعلاج مرضى يعانون من مشكلات محددة (قارن الفصل V)، إلاّ أن المعالجة النفسية بالمحادثة يمكنها أن تسأل فيما إذا كان ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) هو الطريق الملائم لمعالجة كل المتعالجين. لقد أظهر نقاشنا للقابلية التجريبية لاختبار المعالجة النفسية بالمحادثة (الفصل II) أن ذلك ليس هو الحال (قارن الفصل IV) وبأن مسألة ما هي الأشكال الأخرى التي يمكن أن تكون موجودة من التعبير عن التعاطف المُقَدِّر والمنسجم ينبغي أن يخصص لها جزء كبير من التفكير. وبالتحديد فقد تم مؤخراً بحث ماهية المحتويات المناسبة ومع أي من المعالجين وفي أي وقت يكون التعبير مناسباً. ولا يمكننا حتى الآن التعامل مع هذه المشكلة إلاّ حسب الخبرة وحسب النموذج فقط

(قارن الفصل ٧).

٣) نـرى أن نمـوذج المعالجـة النفـسية بالمحادثـة لـيس مناسـباً لوصـف الأشـكال الأخرى من المعالجة من ناحية أنه لا يدعي كونه نموذج تفسير. إن نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة لا يستطيع وصف شيء آخر غير السيرورة العلاجية. لقد أكدنا على العواقب ((التربوية)) و المنتجة

٤) ((للضبط الذاتي)) لهذا ((الضيق)) بالنسبة للمعالجين النفسيين.

إن نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة ليس نموذج علم نفس نمائي ولا نموذج علم نفس تعلمي، إذاً فهو لا يستطيع تفسير سيرورات النمو و سيرورات التعلم.

٥) إذاً على الرغم من أن النموذج العلاجي بالمحادثة غير ملائم لوصف أشكال أخرى من المعالجة فإنه لا يوجد هناك اعتراض على أن إمكانية أن صياغات المعالجة النفسية بالمحادثة للعناصر الكافية والضرورية للإجراء العلاجي النفسي تتضمن جوهر ذلك الذي ينبغي أن يكنَّه المعالج النفسي للمتعالج إذا أراد أن يكون ((بناءً)) و ((مؤثراً)) بالنسبة له مهما كان شكل التعبير عن التصرف العلاجي.

٦) على المعالج النفسي بالمحادثة أن يحذر من الرغبات الخاصة ((بتبديل الطرق)) أو ((توليفها)) أو أية خواطر أخرى لرفع الكفاءة العلاجية الذاتية أو الكفاءات الاجتماعية تجاه المتعالج، طالما هو غير متأكد من أنه قد وجد فيها شكلاً مفيداً أو مشكوكاً فيه للظاهرة و من أن المتعالج قد وضع أمامه حجراً كبيراً على طريق التعاطف الأصيل و المُقَدِّر بصورة غير مشروطة.

الفصل الرابع

وصف العرض العلاجي باعتباره عرض علاقة

١.

٢. التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية مع المراعاة الخاصة للإطار المرجعي الداخلي

كان العامل الأساسي بالنسبة لكثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة الذين يمارسون عملهم اليوم في اختيارهم التأهيل في المعالجة النفسية بالمحادثة هو تقديم المعالجة النفسية بالمحادثة في ألمانيا باعتبارها طريقة قابلة للتعلم:

- فهناك مقاييس تحدد السمات المهمة للمعالج ؛
- ويقوم محكمون مختلفون بتقدير سلوك المعالج نفسه بصورة متطابقة وبشكل كاف؛
- هناك القليل من خطر أن يتم مدح المعالج من قبل أحد المدربين على سلوكه العلاجي، في حين يقوم مدرب آخر بتقييمه بشكل سيئ على السلوك نفسه ؛ فما يسمى ((بالتغذية الراجعة)) تكون ((موضوعية)) إلى حد ما ؛
- بالإضافة إلى ذلك هناك علاقة واضحة مؤكدة تجريبياً بين نجاح المعالجة و الدرجة العالة من وضوح متغيرات المعالج المرغوبة.

- ينبغي على المعالج ألاّ ينمي شكاً كبيراً بوظيفته العلاجية طالما لم يتم التواني عن السبر الذاتي للمتعالج.

ويعتبر التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية قابلاً للتعلم بصورة خاصة. ويحتل تدريب الإدراك الدقيق للمشاعر في أحاديث شريك المحادثة مكاناً كبيراً. أي أن المعالجين النفسيين بالمحادثة يتعلمون التمييز بين المكان الذي يتحدث فيه شريك المحادثة عن مشاعره والمكان الذي لا يتحدث فيه عن ذلك، كما و يتعلمون بصورة خاصة إخبار شريك المحادثة ما الذي أدركوه من تعبيراته حول مشاعره والصمت عن الأشياء الأخرى التي أنصتوا لها، أي أنهم يتعلمون التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية.

ويعتبر تعلم ((الأصالة Echtheit)) و ((التقدير غير المشروط)) أكثر إشكالية من تعلم التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية. فهي لا يمكن اكتسابها من خلال التدريب على إدراك شخص آخر. بل أن اكتسابها يكون أقرب من خلال التمرن على إدراك الذات. ويتم توجيه المعالجين النفسيين بالمحادثة إلى إمكانية الخبرة الذاتية، إذا كانت تنقصهم الأصالة والتقدير غير المشروط.

وفيما يلي من الحديث سوف نقوم بعرض مايلي:

أولاً: عندما يعني التعاطف التمكن من التحرك في المرجعية الداخلية لإنسان آخر، وكأن الإنسان هو الآخر، بدون النسيان على الإطلاق أنه ليس الآخر وأنه لا يستطيع التصرف بدلاً عنه، عندئذٍ لابد أن يتضمن التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية - كتعبير لفظي عن التعاطف - المصارحة أو الإفصاح عمّا أدركه المعالج من نمط هذا المرجعية الداخلية للآخر. وبالتحديد لا ينبغي للمعالج عندئذٍ

أن يفصح لمتعالجه عن محتويات المشاعر التي أدركها معه فحسب، وإنما أيضاً عليه مصارحته حول مدى صعوبة أو سهولة امتلاك هذه المشاعر، ومدى الإزعاج أو الراحة الناجمة عن اكتشاف هذه المشاعر ومدى كون التعبير عنها أو إلغائها معروف أو غير معروف، طبيعي أم مرعب، مقبولة أم غير مقبولة.

ثانياً: يحدث الإرهاق في أصالة المعالج وتقديره غير المشروط في العادة من خلال تعامل المتعالج مع مشاعره أكثر منه من خلال ((مشاعر المتعالج)). فإلى جانب توجيه المعالجين النفسيين بالمحادثة إلى إمكانات الخبرات الذاتية هناك إذاً إمكانية شحذ انتباههم بالنسبة لنمط المرجعية الداخلية لمتعالجهم كدعم عند التحقيق الملموس للتقدير غير المشروط والأصالة. إذ أنه من خلال تشكيل أو صياغة خبرات المتعالج من خلال مرجعيته الداخلية سوف يكتشف المعالج في العادة منبع رفضه وعدم رضاه وبشكل خاص منبع إحساسه بعدم الكفاءة تجاه المتعالج، أي انسجامه وتقديره الناقصين في التعامل مع المتعالج. فإذا لاحظ هذا المنبع، أي إذا استطاع مع متعالجه ليس إدراك مشاعره فحسب وإنما أيضاً حدوده من خلال مرجعيته الداخلية، عندئذ يكون قد قام بخطوة كبيرة باتجاه الانسجام والتقدير غير المشروط، وبهذا نحو التعاطف المؤثر علاجياً (قارن الفصل I).

وكإشارة إلى ما يجب أن يتجه إليه التعاطف نقدم للمعالج الطالب تعريفاً للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية:

((يعبر المعالج النفسي (بطريقة لفظية) عن المحتويات الشخصية الانفعالية لخبرة المتعالج، كما عبر عنها المتعالج في مقولته السابقة مباشرة. ويقصد هنا بالمحتويات الشخصية - الانفعالية للخبرة مشاعر وتقييمات انفعالية (أو مشحونة بالمشاعر) ورغبات واهتمامات وخبرة الشخص لنفسه وخبرة تأثير الشخص نفسه على الآخرين)) .Bommert, 1977, S. 70 Bommert, 1977, S. 70

هذا بالإضافة إلى ذلك يوجد مقياس لتقدير التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية للمعالج. وتعني مراتب هذا المقياس ما يلي:

((المرتبة ٢:

لا يوجد تعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية - الشخصية التي عبر عنها المتعالج من قبل المعالج النفسي، كما لا توجد أية ملاحظة حول أي من المواضيع التي عرضها المتعالج. وتتألف ملاحظات المتعالج من تعليمات ونصائح إلى حد ما.

المرتبة ١٢:

يعبر المعالج النفسي بصورة دقيقة عن كل محتويات الخبرة الانفعالية الجوهرية التي عبر عنها المتعالج)) Bommert.

لقد علمتنا خبرتنا أنه يمكن أن يكون من الصعب جداً في الموقف العلاجي الملموس أن يتم الحسم فيما يتعلق بأيتها هي محتويات الخبرة الانفعالية الشخصية في خبرة المتعالج وبشكل خاص ما هي المحتويات الجوهرية في مقولة المتعالج. ونأمل أن نتمكن في هذا الفصل من تقديم المساعدة لأولئك الذين عاشوا ويعيشون مشكلات مشابهة في المحادثة مع متعالجيهم مثلنا. إذ أنه مع كل الاستعداد للانسجام والتعاطف والتقبل فإنه غالباً ما يكون من الصعب تمييز ما ينبغي في كل مرة فهمه وتقبله وتلقيه بأصالة.

وسوف نصف في البدء ما نعرفه من الناحية النظرية حول المرجعية الداخلية للمتعالج - الذي كنا قد أشرنا إلى أهميته - وسوف نستمر في التوكيد على هذه الأهمية التي نستطيع فيها الاستفادة من هذه المعرفة من أجل تحديد المحتويات الانفعالية الجوهرية في تعابير المتعالج.

فـي مقالـة ((العـلاج النفسي كسيرورة)) التـي ترجـع للعـام ١٩٦١ يـصف روجـرز سبعة أطـوار مـن الـسيرورة. ويقصد بهـا مواقـع المتعـالج مـن خبرتـه الداخليـة التـي تتميـز بـشكل خـاص بعدد وطـول وعـرض طرقـات الاتـصال التـي يملكهـا الموقـع المعنـي بالخبرة، أي أنه يقصد أشكال المرجعية الداخلية

تتصف النهاية السلبية لمتصل الموقع بما يلي (النقاط السبعة عبارة عن نقاط علام عشوائية. ويمكننا تسمية ثلاثة أطوار أو اثنا عشر طوراً أيضاً):

(١) المشاعر واقعة بعيدة جداً، غير معترف بها، قليلـة الارتبـاط مـع الحاضـر، تعـاش لمدىً بعيد كمواضـيع خـارج الموضوع الذي يتم الحديث حوله، إنها تثير الخوف.

(٢) أسلوب الخبرة جامد، لا تلعب مضامين أهميـة الخبـرة دوراً كبيراً وقلمـا يتم ترميز الأهميـة الراهنـة للخبـرات ويتم تفسيرها استناداً إلى الماضي.

(٣) توجد حالة من عدم الانسجام، أي يقـاوم المتعـالج ضد أن يعيش خبراتـه ومشاعره بشكل شـعوري فـي الوقت الراهن.

(٤) تقوم حالة من النفور المطلق من التعبير عن الذات.

(٥) تسخر الوظائف المعرفية في خدمة التفسير الجامد للخبرات كوقائع ظاهرية.

(٦) لا يعرف المتعالج مشكلاته وليس لديه رغبة في التعديل. كل شيء صعب وينظر إليه بأنه قائم خارج الشخص نفسه.

(٧) يتجنب المرء العلاقة الوثيقة بالآخرين ويدركها بأنها خطيرة.

أمـا النهايـة الإيجابيـة لمتـصل الموقـع مـن الخبـرة الداخليـة فتوصـف كالتـالي (يـرى روجـرز أنـه مـن الـصعب علـى المعالج ملاحظة هذه النهاية الإيجابية عند المتعالج في المواقف العلاجية ؛ إذ أنه عندما يكون المتعالج قد حقق هذه النهاية الإيجابية لا يعود بحاجة للعلاج):

(١) ترتبط المشاعر ارتباطاً وثيقاً بالخبرة المباشرة وتتم خبرتها والتعبير عنها كمشاعر راهنة ومباشرة وتعاش وتدرك بأنها متغيرة باستمرار.

(٢) تصبح أساليب الخبرة لصالح الحالة الداخلية التي يمكن للمرء الاهتمام بها لاكتساب رؤىً صحيحة باطراد، ويصبح المرء قادراً على العيش بحرية ومتقبلاً لنفسه في سيرورة خبرته السلسة التي يمكن فيها للمعاني أن تتحول وأن تُرَمَّز دائماً بحيث؛

(٣) يمكن تحقيق حالة من الانسجام ولا يعود المرء بحاجة لصد الوجوه المهددة لخبرته من خلال إبقائها بعيدة عن خبرته.

(٤) مشاركة الآخرين بخبرته تصبح الآن ممكنة في أي وقت يريد المرء ذلك. ويكتسب التواصل مع الذات أولوية على مشاركة الآخرين.

(٥) تُسَخَّر الوظائف المعرفية للتفسير المرن للخبرات الراهنة ويتم تعديل الفهم الخاص للموقف من خلال كل خبرة جديدة.

(٦) تتم رؤية المشكلات ويتطور الشعور بالمسؤولية الذاتية تجاه هذه المشكلات وتدرك في مظاهرها المنفردة ويشعر المرء بالمسؤولية تجاه مساهمته في تطوير مسؤوليته.

(٧) تعاش العلاقات بالآخرين بشكل متفتح ويتجه السلوك في العلاقة حسب الخبرة المباشرة.

هذان هما قطبا متصل ما يسمى ((خبرة السيرورة))، أي الشكل السوي للعلاقة، الذي يمكن أن يمتلكه الناس كعلاقة حية وحساسة خابرة وكخبرة مُنَظِّمة و مُقَيِّمة، إنها تصف إمكانات للتعاطف الذاتي والانسجام من جهة واستحالة إدراك الذات والتقدير الذاتي من جهة أخرى. كما وأنها تصف المرجعية الداخلية السوي وغير السوي. وقد تصوَّرت رؤية روجرز التعديل من خلال العلاج النفسي بأنه حركة من هذا القطب الجامد غير السوي إلى القطب المرن السوي.

وفيما يلي سوف نصف أطوار السيرورة السبعة متتبعين روجرز. وهنا سوف نقوم بعرض متعالج روجرز من المقال المنشور في عام ١٩٥٧ ونصفه في طار

علاقته بنفسه وفي إطار تلقيه للمعالجة مع معالجه، طبقا لطور السيرورة الموجود فيها في هذه اللحظة. ونريد في هذا المثال إيضاح أيتها هي محتويات الخبرة الانفعالية الشخصية الجوهرية للمتعالج في تعابيره الجارية مباشرة في الأطوار السبعة وكيف يمكن التطرق لها تعاطفياً بأسلوب منسجم و مُقَدِّر بشكل غير مشروط مع مراعاة خاصة للإطار المرجعي الداخلي المصبوغة به هذه التعابير. وهنا سوف يتضح الاتجاه الملموس الذي ينبغي أن يتركز التفهم المتعاطف للمعالج حوله، إذا أراد مساعدة متعالجه في تنمية علاقة سليمة بالخبرة الذاتية.

يذكر روجرز ١٩٥٧، صفحة ٦٩ حول هذا الطالب أنه ((...يعاني بطريقة شديدة غريبة عضوياً الخوف من الامتحانات الجامعية التي تجري في الطابق الثالث من مبنىً معين ذلك أنها يمكن أن تكشف عجزه. ولأن هذا الخوف لم يكن متفقاً بوضوح مع نفسه (مفهوم الذات) فإنه يعيش خوفه (مشوهاً) في شعوره على أنه خوف غير مفهوم، من صعود الدرج في هذا المبنى أو في أي مبنىً آخر وسريعً ما تحول إلى خوف سخيف من عبور الساحة من أمام الجامعة. إذاً هناك تناقض أساسي بين معنى خبرته بالنسبة لعضويته وبين التمثيل الرمزي لهذه الخبرة في شعوره. وبهذه الطريقة لا تنزلق خبرته خبراته ومفهوم ذاته في صراع مع بعضهما. فالإقرار بخوفه بأنه غير كفء سوف يناقض الصورة التي يملكها عن ذاته. إن الاعتراف بالمخاوف غير المفهومة لا يتناقض مع صورنه عن ذاته)).

ستجد في الصفحات التالية أربعة أعمدة. ويشتمل العمود الأول على وصف الطور الذي ينبغي تصنيف مرجعية المتعالج فيه وقد تم تقسيم وصف الطور - وفقاً لوصف روجرز للأطوار - وفق التصويرة التالية:

(١) القرب من الخبرة أو البعد عنها

(٢) الاستعداد لإطلاق الخبرة والحديث عنها أو عدمه

(٣) الانسجام أو عدمه

(٤) استخدام الوظائف المعرفية من أجل أو ضد تنشيط الخبرة

(٥) الهروب من \ أو الاستعداد للاتصال مع الناس الآخرين

(٦) الاستعداد لإدراك المشاركة الذاتية في المشكلة أو عدمه

(٧) منع التعديل أو الاستعداد له.

وفي العمود الثاني توجد تعابير يمكن أن يقوم بها المتعالج في الطور المعني. وقد حاولنا اختراع تعابير يمكن أن تكون مقالاً لكل الوجوه السبعة للأطوار منفردة. وسوف نلاحظ أنه كلما تقدم نمو المتعالج ازداد تصنيف تعابيره طبقاً لهذه المظاهر صعوبة في فئات. ونجد في العمود الثالث تعابير للمعالج. وتعد تعابير جيدة عن محتويات الخبرة الانفعالية، إلا أنها تمتلك القليل من الاستناد إلى المرجعية الداخلية للمتعالج.

أما في العمود الرابع فتجد مقترحات لتعابير المعالج بالاستناد إلى المرجعية الداخلية للمتعالج.

لا تنس بأن هذه المقترحات حول التجاوب مع المتعالج قد صيغت بغض النظر عن فكرة أنها يمكن أن ترهق المتعالج في الاتصالات الأولى. كما وسوف تلاحظ بأننا لم نربط تعابير المتعالج مع تعابير المعالج، أي أننا لم نراعي بأن تعابير المعالج يمكن أن تسهم بصورة جوهرية في توجيه انسياب أفكار المتعالج في هذا الاتجاه أو ذاك.

وصف الطور (١)	أمثلة لتعابير المتعالج في هذا الطور (٢)	أمثلة لتعابير المعالج	
		(٣)	(٤)
في الطور الأول يكون المتعالج في موقع جمود وتباعد تجاه خبراته الحية.	يقول الطالب: أعيش يومياً خوفاً سخيفاً كلية وغير مبرر على الإطلاق، حتى عند مجرد التفكير بترك غرفتي والذهاب للسيمينار. وعندما أصل للدرج يحدث معي تسرع في القلب	تعاني من خوف شديد لدرجة أنك تشعر به جسديا.	تجد أن هذه المشاعر من الخوف سخيفة. إنك لا تملك على الإطلاق علاقة حقيقية بهذه المشاعر وكأنها ليست مشاعرك.
هناك نفور من المصارحة. المصارحات تتم فيما يتعلق	أخال نفسي رجلاً عجوزاً عندما أتحدث عن ذلك. علي أن أفحص قلبي.	حتى أنك غالباً ما تخشى	عندما تتحسس قلبك تكون منزعجاً إلى حد ما.

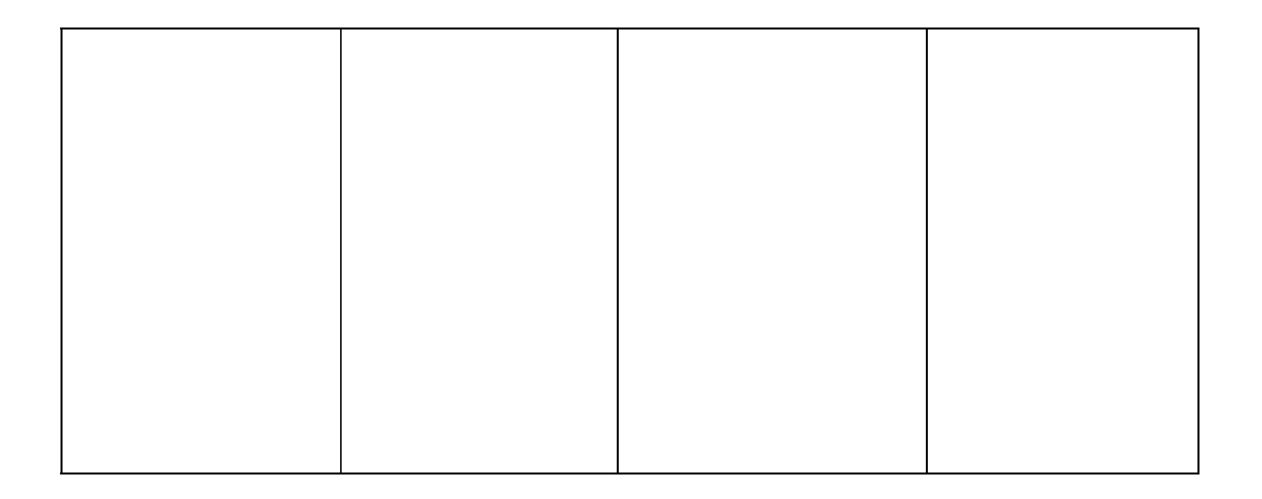
بالمظاهر الخارجية.		الإصابة بمرض القلب	
لا يتم الاعتراف بالمشاعر والحكمة الشخصية؛ لا يعترف المرء بامتلاكها. تكون البناءات الشخصية، أي التصورات التي يعيشها المرء حول نفسه والعالم جامدة. وينظر للحميمية وللعلاقات التواصلية وللموقف العلاجي بأنها خطيرة.	ربما دخنت كثيراً في السنوات الأخيرة. أتعتقد بأن هذا يمكن أن يكون قد قادني ربما دخنت كثيراً في السنوات الأخيرة. أتعتقد بأن هذا يمكن أن يكون قد قادني إلى هنا ؟ ألست طبيباً أيضاً ؟ أم يمكن للمرء أن يكون معالجاً نفسياً بدون أن يكون قد درس الطب ؟	إنك تلوم نفسك بأنك تعاني من هذا المرض	تتمنى لو تسند المشكلة إلى شخص آخر باعتبارها أمر من تخصص متخصص.
لا يتم في هذا الطور معرفة المشكلات ولا إدراكها. ليس هناك من حاجة للتعديل الشخصي. هناك الكثير من العوائق في وجه التواصل الداخلي.	لو أنني أعرف كيف أستطيع التخلص من هذا الخوف. عدا عن ذلك فإني بحالة جيدة. لا أستطيع أن أخدمك بخبرات طفولة صادمة أو صعوبات تواصل أو أي شيء آخر مما يمكن أن يمتلكها متعالج مثالي، للأسف سأخيب أملك في هذا.	في الواقع لو أنك لا تملك هذا الخوف لشعرت بالعافية التامة	تمتلك الانطباع بأن هذه ليست مشكلتك بالفعل، وبهذا لا تستطيع التصور بصورة فعلية ما الذي يمكننا أن نفعله
في الطور الثاني: يصبح أسلوب التعبير أكثر حيوية فيما يتعلق بالمواضيع التي ليس لها علاقة بالذات. يصف المرء المشاعر وكأنه لا يملكها هو نفسه أو وكأنها مواضيع ماضية.	وعليه سيقول الطالب:	غالباً ما تشعر مؤخراً بتذكر والدك تسعى لأن تكون صريحاً	يثير استغرابك، تذكرك المتكرر الآن لوالدك المعافى. تقول لي ذلك لتؤدي لي خدمة وليس لأن هذه الأفكار لها معنى لديك.
يبدي المرء مشاعر غير أنه لا يتعرف إليها على أنها	من الملفت للنظر أن أفكر مؤخراً بشكل غالب بأبي. لقد كان دائماً معافى، ولكن هذا لا يفيد هنا، لقد خطر ذلك ببالي الآن، ولأنني هنا لابد وأن أتحدث بصراحة وحرية حول كل ما يشغلني،فكرت أن أخبرك ذلك.	ـــــــــــــــ	تشعر أن مخاوفك مثل نوبة البرد تهجم عليك من الخارج

كذلك و لا يقر بأنه يمتلكها.			
الخبرة مرتبطة ببنية الماضي، أي يفسر المرء مشاعره أكثر مما يصفها.	لم يتغير شيء في رهابي، بالأمس لم أترك غرفتي إطلاقاً كما ولم يكن هناك سبب لمغادرتها.	تشغل بالك أنك لا تتقدم.	هذا الألم أيضاً يبدو لك شيئاً غريباً
البناءات الشخصية جامدة؛ يتم تجاهلها كحقائق.	غريب، أشعر الآن بوجع في القلب. بالأمس دخنت عشرين سيجارة. هذا مضر.		
		يرتفع خوفك من الخوف.	________
قلما يتم تفريق المشاعر عن معناها.	بالتدريج أبدأ بالخوف من هذا الخوف، غير أن هذا من ضمن المتلازمة. هذا ما قرأته مرة.	تخجل أحياناً من مرضك.	يزداد خوفك وأنت تخجل منه.
على الرغم من أنه يتم التعبير عن التناقضات، إلاّ أنه قلما يتم إدراكها على أنها كذلك.	أحياناً أخشى من أن القلق قد أصابني.		
	أبي ما كان يملك مثل هذا الشيء أبداً، أعتقد أنه سيشمت لو رآني أصعد الدرج مرعوباً.		
	هل تمتلك خبرات في معالجة الرهابات بالفعل؟	تسأل نفسك إن كنت أستطيع مساعدتك بالفعل.	سيكون رائعاً لو استطعت الثقة بي وبنفسك أكثر.
في الطور الثالث: يصبح أسلوب التعبير حول			

الـذات - الـذي مـا زال ينظـر إليه كموضوع - أكثر سهولة.	يقول الطالب:	إنك فخور بأنك لست جباناً	
	لقد كان من المهم عندي ألاّ أكون جبانـاً، أرى أن الجـبن مخجـل، أخجل من كل خيفة أخافها.		____________
كمـا وهنـاك تعـابير حـول الخبـرة الذاتيـة، أي تعـابير حـول مـا يعـاش مـن الأمـور التي يعيشها المرء بأنـه ملائم بالنسبة للشخص أو مزعج.		تجـد كلمـة جبـان مقبولـة أكثـر من مختال.	____________
	لـم أشـعر بـأني لـست شـجاعاً ولا مـرة علـى الإطـلاق، لقد امتلكت الشجاعة دائمـاً، وأحيانـاً أكثـر من الـلازم، بحيـث أنـي سـألت نفـسي فيما إذا كنت أريد إبهار الآخرين. ربما أكون مختالاً		
يكثـر الحـديث عـن المـشاعر والـرؤى الشخـصية، ولكنهـا غالبـاً مـا تكـون موصـوفة وليـست مـشاعر راهنـة فـي الموقـف العلاجـي.غالبـاً مـا يتعلق الأمر بمشاعر ماضية.	هذه المشاعر هي الآن شـيء آخر إلى حد مـا. لا أدري من أي شـيء أخـاف عـدا مـن مـشاعر الخـوف المرعبة هذه.	خوفك الآن هو شيء آخر غير القنوط.	لقـد أبعـدت مـشاعر الخـوف عنـك باسـتمرار. إنـك تـرفض هذه المشاعر بـشدة حتـى أنـك تخجـل للنـاس الآخـرين الـذين يمتلكـون مثـل هـذه المـشاعر. هل سألت نفسك يومـاً مـا لمـاذا كان عدم امتلاك هذه المشاعر مهماً بالنسبة لك.
يـتم تقبـل المـشاعر بدرجـة ضعيفة فقط. ويتم إلـى حد ما شرحها كشيء مشين أو شـاذ أو سـيئ أو بتعبيـر آخـر يـتم التعبيـر عنهـا بأنـه غيـر مرغوبة.	وكأن شيئاً مـا يمكن أن يحدث في هذه الجامعة المفرطة التنظيم حيث يمكن لأي زميل دراسة أن يرافق جاره في تفكيره في كل طريق من طرقاتـه، حيـث يمكـن للمـرء أن يمتلك مركز استشارة لكل مرجع، ويصدِّر مخاوفه علـى شكل جوع للمعلومـات، ويـصوغ جبنـه علـى شكل.عرض نفسي.	تتمنـى لـو كنـت غيـر متعلـق بمساعدة الآخرين.	تسخر مـن نفسك ومـن خوفك ولا تدعه ينال منك.
عنـدما يـتم التعبيـر عـن المـشاعر فـي الموقـف العلاجـي، فإنـه أحيانـاً يـتم التعرف إليها على أنها كذلك.		تـشعر بالراحـة عنـدي علـى الرغم من أنك تخجل أن تكون في دور المريض.	تـشعر بالراحـة هنـا، ولكنـك لا تريد لذلك أن يظهر بالفعل.
	إنـه لمـن المخجـل أن آتـي إليـك،		

يتم وصف الخبرات وكأنها شيء ماض، بعيدة عن الذات.	حتى لو كنت أشعر بالراحة.	______	
ما تزال البناءات الشخصية جامدة، إلاّ أنه يتم التعرف إليها كبناءات بين الحين والآخر و لا يخلط بينها وبين الحقائق من خارج الشخص.	أعتقد بأن سبب ذلك بأني أميل لإيجاد ما الذي يريده الناس مني بدقة ولا أختلط معهم بصورة غير متحيزة.	تشعر بالثقة هنا، لأنك تعرف كيف عليك التصرف.	______ أنك لسعيد جداً بأنه يمكنك الاعتقاد بأنه هنا، عندنا، توجد قواعد محددة لدينا كلانا.
يصبح التمييز بين المشاعر والرؤى أكثر حدة، يتم التعرف على تناقضات في الخبرة.	لحسن الحظ إن ما يريد المعالجين النفسيين سماعه من متعالجيهم يمكن قراءته بسهولة. وكنت كذلك قد أوضحت لي ذلك في اتصالاتنا الأولى. كما وأن المرء لا يمكنه التهاون ببساطة. أين كنا سنصل عندئذٍ.	تخاف من السقوط.	تمنحك مثل هذه القواعد الحماية من نفسك.
يتم اتخاذ قرارات شخصية، غير أنها تعاش غير فاعلة.		______	______
في الطور الرابع:	ولكني هنا استرسل بشكل ما. لماذا أتحدث كثيراً. علي في الواقع أن أتحدث عن مشاعري.		
يصف المتعالج مشاعر مكثفة من نوع ((الآن لم تعد كذلك)).	يقول الطالب:	تشعر اليوم بأنك أحسن.	
تصف المشاعر مواضيع راهنة، وأحياناً يتم التعبير عن المشاعر كمشاعر راهنة، إنها تظهر ضد إرادة المتعالج. يصل المرء إلى خبرة المشاعر كمشاعر راهنة مباشرة وينشأ الشك والخوف	بالأمس كنت منتبهاً. الحمد لله فأنا الآن وضعي أفضل غير أني أشعر فعلاً كيف أختنق، عندما أتحدث عن ذلك أشعر بأني سأبكي. أخاف من أن أكرهك إذا انفجرت بالبكاء. لم أبك إطلاقاً في حضور رجل. غريب كيف يحدث	في الواقع إن وضعك سيئ، أنك تشعر بذلك وترغب بالبكاء.	سيكون مرعباً بالنسبة لك إذا ما كان عليك البكاء.

من هذه الإمكانية.	لي ذلك، ألم يمتلك الإغريق القدماء فناً حقيقياً في الشكوى والبكاء؟ !		
قلما يوجد ميل تقبل صريح للمشاعر على الرغم من أنه يتم إظهار نوع من التقبل.	لا بالفعل إني محتار فعلاً، لا إني منتهٍ، إني خائف، بل أكثر متضايق.	إن ما تشعره هو مشاعر الانقباض.	تكافح ضد هذا الشعور المقبض.
الخبرة أقل ارتباطاً ببنية الماضي وبالبناءات. ويتم التعرف على البناءات كبناءات دفاعية ويبدأ المرء التشكيك بصلاحيتها.	لم أفكر إطلاقاً بأن هذه العلامة الراسبة سوف تشغلني. بالأمس عندما علمت بموعد إعادة الامتحان شعرت بأن ثقتي الكاملة بنفسي قد تحطمت.	تخاف أن تتدهور ثقتك بنفسك.	__________
يحدث تمايز متزايد للمشاعر والبناءات والرؤى الشخصية. هنا يظهر ميل للدقة في تحقيق الترميز. تثير التناقضات والأقوال الحاصلة بين الخبرة والذات القلق.	لم أعرف أني متعلق بأن أنجح في كل شيء.	إنك تحس كم أنت متعلق بالنجاح.	__________
ينظر للمشكلات الخاصة على أنها مشكلات خاصة لا بد من تحمل مسؤوليتها بحذر. ؛ وكذلك المشاعر التي هي على علاقة بالآخرين. أي يتم تقبل العلاقات بحذر.	تصورت بأن فخر والدي بي لا يهمني - غريب، إنه مهم بالنسبة لي!	إنه لمن المهم لك أن يكون أبوك فخوراً بك.	أبدأت تشعر كم هي قدرة إنجازك مهمة بالنسبة لك ؟ أيضاً في علاقتك بأبيك؟.



تتألف المحتويات الانفعالية الشخصية الجوهرية لخبرة المتعالج وكذلك مواقف من هذه المشاعر، أي:

- المشاعر التي تصنع هذه المشاعر: أي ليس ((إنك تملك خوفاً كبيراً، إلى درجة أنك تشعر به جسدياً))، وإنما: ((إنك تجد هذا الشعور بالخوف سخيفاً، إنك لا تملك علاقة حقيقية بهذه المشاعر، وكأنها ليست مشاعرك إطلاقاً)).
- تفسير هذه المشاعر: أي ليس: ((حتى أنك أحياناً تخشى أن تكون مريضاً بالقلب))، وإنما ((إنك تفضل إسناد المشكلة إلى شخص آخر باعتبارها شيء من اختصاص متخصص)).
- الموافقة أو عدم الموافقة على هذه المشاعر: أي ليس ((إنك تشعر هنا بالراحة على الرغم من أنه من المخجل لك أن تكون في دور المريض))، وإنما ((إنك تشعر بالراحة هنا، إلاّ أنك لا تريد لذلك أن يحصل بالفعل)).

- الاستعداد للمصارحة بالمشاعر والاهتمام بها انفعالياً؛ أي ليس: حتى أنك أحياناً تخشى من الإصابة بمرض القلب ؟)) وإنما ((عندما تتحسس قلبك تشعر بالانزعاج إلى حد ما)).
- الاستعداد في الدخول مع هذه المشاعر في علاقة، وبشكل خاص نحو المعالج، أي ليس: ((لو لم تكن تملك هذا الخوف لكنت تشعر في الواقع بالراحة)). وإنما ((تملك الانطباع بأن هذه ليست هي مشكلتك الحقيقية وأنك لا تستطيع أن تتصور بشكل مناسب ما الذي يمكننا كلانا فعله بمخاوفك)).

هذه الموقف من المشاعر هي أيضاً الشيء الأقرب للمتعالج من الموقف العلاجي الملموس مع المعالج من المشاعر نفسها. ومن هنا كذلك فهي تعتبر محتويات الخبرة الانفعالية ((الأساسية)). ويعتقد روجرز أنه عندما يكون المتعالج قد خبر في طور من الأطوار أنه مُعترف به بشكل كامل فإنه ينتقل إلى الطور الثاني. ونعتقد أن هذا ((الاعتراف)) ينبغي عدم تلقينه بشكل كبير كشعور لطيف من المعالج، وإنما كموقف من المعالج. وينبغي لهذا الموقف أن يتكون من تقبل وتفهم المعالج للمتعالج بصورة كاملة كما هو وكما يشعر بماهيته.

وأثناء مراعاة طور السيرورة ليس من المهم ما يخطر للمتعالج فقط، وإنما كيفية تقييمه لهذه الخواطر. فعلى المعالج التدخل إذاً ليس فقط لأن المريض يفكر بأبيه، وإنما بشكل خاص لأنه يرى أن هذا الأمر غريب. وعندما يتطرق المتعالجون مباشرة إلى علاقتهم بالمعالج فإن ما يهمهم هنا في العادة هو تقييم المشاعر بشكل خاص، التي ينوونها من هذه العلاقة. وليس ذي أهمية كبيرة على سبيل المثال أن المتعالج يريد أن يكون صريحاً وإنما أنه يقصد أن يطيع المعالج من خلال كونه صريحاً معه. وأعراض كالخوف ليست ((مشاعر)) بالمعنى العلاجي النفسي بالمحادثة، حتى عندما تصنع المخاوف المشاعر. ولا يستفيد المعالج كثيراً عندما

يستنتج أن المتعالج قد نمى خوفاً من الخوف. والأهم من ذلك هو الانتباه إلى ماهية التقييمات الانفعالية التي شهدتها هذه الأعراض في المتعالج؛ أي ليس: ((يزداد خوفك من الخوف)) وإنما ((يزداد خوفك وتخجل منه)).

ولابد في التعامل مع المشاعر التي تمتلك طابعاً رمزياً من التأكيد بشكل خاص أنه في تعاطف المعالج المنسجم و المُقَدِّر بصورة غير مشروطة، يتعلق الأمر بتقبل كل مظاهر خبرات المتعالج على مستوى محدد (أطوار) وليس بتقبل المشاعر.

وربما يمكن إيضاح المقصود هنا بصورة جيدة من خلال مثال في التعامل مع المشاعر الاكتئابية. فعندما يقول المتعالج: ((أني مكتئب)) ويجيب المعالج: ((إنك تشعر بانقباض شديد)) فيجيب المتعالج ((أتمنى لو أني أرمي نفسي من النافذة)) لا يستطيع المعالج أن يقول فقط: ((تتمنى أن تشنق نفسك)) إذ أن المتعالج سيقول عندئذٍ ((نعم !)) أو أنه سيصمت أو سيذهب. ينبغي للمعالج أن يستنتج ويتولى الحديث بل وأن يسأل نفسه بشك: ما هو موقف المتعالج من مشاعره: هل المتعالج محتار في أن يسلم هذا الشعور لمتخصص أم أن هذا الشعور يعذبه إلى درجة أنه يريد تحرير نفسه بالانتحار أم أنه يغضبه إلى درجة أنه يريد تحطيم شيئاً حتى نفسه أو الشعور بالكفاءة عند المتعالج.

لا ينبغي للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية أن يستجيب إلى نقاط داخل هذه السيرورة فحسب وإنما ينبغي أن يستجيب للسيرورة كما تجري في المتعالج. ينبغي للمعالج ألا يقيم علاقة ثابتة بنفسه بل علاقة ديناميكية، وينبغي لسيرورة استقصاء الذات أن تستقر في سيرورة تحقيق الذات. على المعالج تحديد والتطرق للصراع الداخلي والمواجهة الداخلية للمتعالج مع مشاعره وبناءاته وأسلوب خبرته والمغزى.

وينبغي للمتعالج بعد ذلك ألاّ يستمر في مكافحة هذا الصراع وإنما يمكنه الحديث حول هذا الصراع وحول المشاعر التي يمتلكها هنا وحول أهمية هذا الصراع بالنسبة له.

ويتحدد الطور الخامس بشكل أقوى من خلال الخبرة المباشرة للمشاعر إذ يتم التعبير عنها كمشاعر راهنة موجودة حرة.

وسوف يقول طالبنا: ((أتوقع بشكل من الأشكال ردة فعل خائبة، أتوقع هذا دائماً - حتى أني أتوقع أن ردة الفعل هذه بشكل ما لديك. يصعب علي الحديث عن ذلك، إذ أنني أريد أن أكون جيداً قدر الإمكان عندما أكون عندك)) (المثال عن روجرز، ترجمة ألمانية ١٩٧٣، صفحة ١٤٤).

ويتم هنا الحديث بصراحة ومناقشة المشاعر المتعلقة بالمعالج وبنفسه وفي العلاقة بالمعالج والانفعالات التي غالباً ما لا يستطيع المرء التعبير عنها إلاّ بصورة غير مباشرة، وتتم خبرة المشاعر بصورة كاملة تقريباً. ويشعر المرء بالراحة المفاجئة وبالخوف، وبشكل نادر بالمسرة فيما يتعلق بالمشاعر emporsprudeln (روجرز). يعيش المتعالج نفسه باطراد كمالك لمشاعره ويرغب أيضاً بامتلاكها. ويكتشف بناءات جديدة، ويتعرف عليها على أنها كذلك، ينتقدها ويتساءل عنها، ويميز بشكل أدق بين المشاعر والرؤى، ويصبح ((التواصل الداخلي)) أفضل، أي الكيفية التي تتجلى فيها المشاعر وهل هي مناسبة للشخص، وفيما إذا كان المرء يريدها، ومن أين تأتي، و ما هي الأهمية التي تمتلكها، أي ما هي نتائجها بالنسبة للسلوك الملموس وبشكل خاص بالنسبة للعلاقة بالآخرين. كل ذلك يصبح أوضح.

و في هذا الطور ولا يعود المرء كمعالج يرتكب الكثير من الأخطاء مع المتعالج. يمكن للمتعالج أن يضطرب في تفكيره من خلال سوء الفهم ومن خلال التقبل الشديد لأطوار العبور ، التي يرغب في الواقع بتجاوزها – إن إرادة التجاوز هي

ما يجب في الواقع تقبله - أو من خلال الصراحة كانسجام مفهوم بصورة خاطئة، وذلك من خلال مواجهته بالمشاعر التي يسببها للمعالج في اللحظة التي لا يهتم بها أساساً بالمعالج وإنما باكتساب الوضوح حول نفسه.

وفي اللحظة التي يصغي فيها المرء ولا يعود يهتم بأن ما يفكر فيه المتعالج بصوت مسموع وما يشعر به يناسب أو يعجب الآخر، لأنه قادر على أن يكون متقبلاً ومنسجماً يكون المتعالج قد نمى. عندئذٍ لا يعود صعباً القول للمتعالج بأن المعالج يرى بأن المتعالج يمتلك هذا الشعور الآن بالتحديد، وأنه قد اكتشف أن هذا الارتباط جديد بالنسبة له الآن، ومن الممكن أن يثير فيه ما اكتشفه الرعب لأنه اعتقد دائماً أنه لا يمكنه أبداً أن يريد شيئاً كهذا...الخ.

والطور السادس وفق روجرز عبارة عن طور واضح جداً وغالباً ما يكون مثيراً dramatic. ففي هذا الطور تتم بصورة مباشرة خبرة ((إحساس بقي حتى الآن (معلقاً) و كبت في نوعية سيرورته. شعور يتجلى بكامل نتائجه. شعور واضح يعاش مباشرة وبصورة غنية. و يتم تقبل هذه المباشرية للخبرة وللشعور الذي يشكل محتواها. وهذا شيء على المرء ألاّ يكبته ويكافحه ويخاف منه)) (مرجع سبق ذكره صفحة ١٤٩).

وللإيضاح يشير روجرز إلى الكيفية التي يصل فيها المتعالج للطور السادس، من خلال مثال حول تعابير متعالج في الجلسة الثمانين والتي يمكن أيضاً لطالبنا أن يكون قد فعلها في نهاية معالجته بعد أن أصبح أنه من الواضح له أنه أراد أن يحظى بالاهتمام بدلاً من الفخر، ولكن ليس من أبيه ولا من المعالج.

((المتعالج: حتى أنه يمكنني أن أتصور ذلك كإمكانية،بأنه يمكنني أن أمتلك نوعاً من الهم الحنون حول نفسي،........ ولكن كيف أمكنني أن أكون حنوناً ومهموماً حول نفسي، علماً أن كلاهما واحد. ولكن على الرغم من ذلك أستطيع أن أشعر به بوضوح.... أتعرف يشبه الأمر الاعتناء بطفل، يريد المرء إعطائه هذا وذاك....، أتعرف أستطيع رؤية أهداف شخص آخر بوضوح...ولكني لا أستطيع رؤيتها فيما يتعلق.... بي على الإطلاق،

بأني أستطيع أن أفعل ذلك لنفسي. هل من الممكن أن أتمنى بالفعل الاعتناء بنفسي ؟ أن أجعل من ذلك الهدف الأساسي لحياتي ؟. هذا يعني أنه علي التعامل مع العالم ككل، وكأني حارس المُلك الثمين المرغوب ؛ وأن يكون هو هذا الأنا بين نفسي الثمينة والتي أريد تحاشيها وبقية العالم...أكاد أعتقد وكأني قد أحببت نفسي ـ أتعرف ـ هذا غريب، ولكنه حصل.

المعالج: ظاهرياً يبدو ذلك تصوراً غريباً، إذ أن ذلك سيعني (سأواجه العالم كما لو أن جزءاً من مسؤوليتي الأساسية رعاية هذا الفرد الثمين، الذي هو أنا، الذي أحبه).

المتعالج: إني أحب نفسي _ أني أشعر بقربي من نفسي. أُف ! هذا عجيب أيضاً.

المعالج: يبدو ببساطة غريب.

المتعالج: نعم هذا هو بالضبط، بشكل من الأشكال. فكرة أني أحب نفسي وأقلق حولها (عيناه تغرورقان بالدموع).. هذا شيء جميل جداً)) صفحة ١٥٠).

بهذا المثال يستعرض روجرز أنه يوجد الآن في الطور السادس شعور مباشر في الجلسة العلاجية ((ينساب بدون كف حتى نتيجته النهائية. يعاش بصورة مُتَقَبلة بدون محاولة تنحيته جانباً أو إنكاره. المتعالج قادر على العيش ذاتياً في خبرة عدم امتلاك مشاعر حولها بشكل كبير......تكتسب الخبرة في هذا الطور توعية واقعية للسيرورة...كما وأن الاسترخاء النفسي المرافق للسيرورة هو سمة أخرى لهذه السيرورة))(صفحة ١٥٠).

ويقول روجرز حول حالة الانسجام في الطور السادس، أي حول هذه القدرة على أن يبيح لنفسه كامل إحساسه: ((يثور عدم الانسجام بين الخبرة والشعور بمقدار ما ينحل فيه إلى حالة من انسجام.في هذه اللحظة من الخبرة ينحل البناء الشخصي المعني ويشعر المتعالج بأنه قد تحرر من إطاره الذي منحه المرجعية حتى الآن)) (صفحة ١٥٢).

الشعور ذاته هو المهم عندئذٍ؛ يتحول هو نفسه إلى نقطة استناد مرجعية واضحة ومحددة. وبهذا يكون المتعالج قد اقترب من هدف العلاج: الذي يتكون من التغلب على عدم الانسجام وليس على الأعراض.

ومن المؤكد أنه قد أصبح من الواضح، على الأقل عند وصف الطور السادس - وهناك طور سابع أيضاً - أن الناس لا يستطيعون باستمرار، ليس حتى لمدة جلسة علاجية واحدة، البقاء على مستوى سيرورة الطور السادس.

والأطوار لا تصف مراحل المعالجة ولا كذلك أطوار النضج على الإطلاق، وإنما المراحل التي يقطعها إنسان ما، إذا أراد اكتساب المدخل إلى إحساس ما، مهم بطريقة ما بالنسبة له، إلا أنه منقطع عنه.

إذاً في المعالجة يبدأ المتعالج في كل مشكلة جديدة يريد أو يرغب بمواجهتها (لأنها قد قادت لتنمية عرض ما - رهاب طالبنا على سبيل المثال -) من طور أبكر، ويصل بالتدريج إلى الطور السادس، بطرق متعرجة وانتكاسات كثيرة. ويمكن للمتعالج مثلاً فيما يتعلق بمركب مشاعر ما، أن يناور طبقاً للطور الخامس ؛ بعد ذلك يعيش أنه قد وصل بهذا إلى اقتراب خطير من الآخر، ويحدث بالإضافة إلى ذلك مركب أكثر إخافة، ويهرب مع كلتا الخبرتين ثانية إلى طور أبكر.

ويرى روجرز أن المرء لا يلحظ في العادة الخبرة على مستوى الطور السابع ((للسيرورة)) في الجلسات العلاجية، على الأقل ليس في المعالجات النفسية بالمحادثة. في هذا الطور يكون المتعالج قد امتلك العلاقة مع نفسه، تلك العلاقة التي عرضها المعالج عليه في أثناء العلاج. إنه يتقبل نفسه، أصيل ومتفتح على كل خبرة علاج. وتعاش الخبرات الجديدة بشكل مباشر في تفاصيلها الكاملة ويتم تقبلها كملكية وكما هي. وعلى الرغم من أنه يتم تطوير بناءات شخصية إلا أنه يتم اختبارها بالخبرات. وهناك مفاهيم جديدة لأحاسيس جديدة.

ولا يحتاج المتعالج للمعالج كثيراً من أجل أن يطلق مشاعره على العموم. ((يخبر المتعالج بأنه يملك الخيار بالفعل في أن يعيش بطريقة جديدة)) (مرجع سبق ذكره، صفحة ١٥٧).

٢. الأصالة والتقدير كمساعدين في الفهم

قمنا حتى الآن بوصف نمو المتعالج في المعالجة النفسية:

١- من حالة تكون فيها المشاعر بعيدة جداً وصعبة المنال إلى حالة تتم فيها خبرة المشاعر بصورة مباشرة ؛

٢- من حالة تقيَّم فيها المشاعر على أساس بناءات جامدة إلى حالة يتضح فيها محتوى معنى المشاعر بشكل مباشر ؛

٣- من حالة عدم الانسجام إلى حالة الانسجام، أي حالة يمكن للمرء فيها إدراك مشاعره بصورة شعورية؛

٤- من حالة الاستعداد للمصارحة الناقصة إلى حالة تكون فيها المصارحة ممكنة في كل وقت، إذا أُريدَ ذلك، غير أن التواصل مع الذات يحتل المرتبة الأولى قبل مصارحة الآخر ؛

٥- من حالة تُسَخَّرُ فيها الوظائف الاستعرافية (المعرفية) للحفاظ على البناءات إلى حالة تُسَخَّرُ فيها الوظائف المعرفية لتنظيم الخبرات الحية مباشرة بدون تزويرها.

٦- من حالة يكبح فيها المرء نفسه عن التعديل واعتبار المشكلة كشيء واقعة خارج شخصه إلى حالة تتم فيها خبرة التعديلات الحية باستمرار.

٧- من حالة فيها الكثير من الخوف من الدخول في علاقة إلى حالة من إمكانات العلاقة الحرة.

لقد عرضنا أنه يمكن للمعالج أن يحدد بدقة محتويات الخبرة الانفعالية الجوهرية للمتعالج في التعبير السابق بشكل مباشر، إذا استطاع المعالج أن يعيش كيف تتحدد وتتشكل محتويات الخبرة الانفعالية الجوهرية من خلال المرجعية الداخلية للمتعالج:

- مدى قربها من المتعالج،
- كيفية تفسيرها لنفسه،
- مدى تمكُّنه من إدراكها أو عدم إدراكها،
- مدى سهولة الإفصاح عنها،
- كم تبدو منطقية أو غير منطقية للمتعالج،
- ماهية المشاعر التي تسببها له،
- لمن تُحَمَّل مسؤولية هذه المشاعر،
- ما رأي المتعالج، حول الكيفية التي سينظر إليه فيها المعالج عندما يفصح عن محتويات خبرته،

وعندما يستطيع المعالج أن يعيش كل هذا فإنه يتحرك عندئذٍ في المرجعية الداخلية للمتعالج، وكأنه هو المتعالج بدون أن يستطيع النسيان أنه ليس هو المتعالج.
وسوف نقدم أمثلة من معالجات يتضح فيها في كل مرة أحد أحجار البناء هذه للإطار المرجعي الداخلي وبصورة خاصة في الطور الخامس للمعالجة.
ومن المؤكد أنه قد أصبح واضحاً بأن تقسيم وصف تعابير المتعالج إلى وحدات على نحو: محدد من خلال تباعد الخبرة، و محدد من خلال نقص الانسجام، و

محدد من خلال بناءات مقيدة ...الخ، يصبح أصعب وأكثر اصطناعية كلما كان الشخص أكثر صحة أو كلما كان مستوى السيرورة الذي يعيشه الشخص أعلى. بالإضافة إلى ذلك سوف يتضح من خلال الأمثلة أن تصنيفها يحتوي على شيءٍ مصطنعٍ لأن المظاهر المصاغة من روجرز للإطار المرجعي الداخلي لا تنفصل عن بعضها. كما وكان من الممكن تنظيم الأمثلة بصورة أخرى. إذ لا يوجد على سبيل المثال تزوير أو تفسير للخبرات بمعنى البناءات الجامدة بدون وجود نقص في الانسجام.

والأمثلة منتقاة من جلسات علاج الإشراف الذاتي Therapy-supervision.

وقد تم تصميم الأمثلة على النحو التالي:

- يتم عرض ما قاله أو فعله المتعالج،
- هنا يتم التفكير ما نوع العلاقة التي يسجلها مع نفسه،
- كيف يتعامل على أساس علاقته بنفسه مع عرض العلاقة التي يقدمها له المعالج،
- يتم ذكر الكيفية التي يشعر بها المعالج كمعالج فيما يتعلق بتعابير أو سلوك المتعالج؛ وهنا لابد من الأخذ بعين الاعتبار أن متعالجين مختلفين يمكنهم أن يثيروا لدى معالجين مختلفين مشاعر مختلفة. سوف نذكر هنا تشكيلات ملموسة من الخبرة،
- وسوف نسأل ما الذي فهمه المعالج من المتعالج عندما يستجيب إليه بهذه الطريقة وليس بتلك، عقلياً أو انفعالياً،
- ويتم وضع اقتراح حول الكيفية التي يمكن للمعالج فيه أن يتجاوب مع المتعالج.

المهم بالنسبة لنا عند عرض الأمثلة ما يدور بين المعالج و المتعالج من ردود أفعال انفعالية وكيف يستطيع المعالج استغلال انفعالاته الخاصة لتفهم المتعالج.

بالإضافة إلى ذلك سوف يتضح من خلال الأمثلة أنه كلما ابتعد المتعالج عن نفسه أكثر، كان على المرء فهم العلاقة التي يستقبلها من المعالج أو لا يقبلها على أنها دلالة على نوع موقف المتعالج من شخصه الخاص. وهذا من جهته يقود لدى المعالج إلى إثارة مشاعر تُصَعِّب عليه في العادة الشعور بالانسجام والتقدير غير المشروط تجاه المتعالج. إلاّ أن التأمل المُتَقَبِّل الدقيق لحالة المشاعر الخاصة في ردود الأفعال على المتعالج سوف تساعد المعالج في فهم عرض علاقة المتعالج بما في ذلك الإفصاح حول المرجعية الداخلية الذي يعرض المتعالج من خلاله الكيفية التي يتصرف بها بحيث يمكن للمعالج الاهتمام بالمتعالج بشكل متقبل ومنسجم ثانية. وعليه لا تهدف الأمثلة لتكون عبارة عن تدريب على التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية، وإنما تهدف إلى عرض تحديد تعابير المتعالج وردة الفعل الانفعالية للمعالج على تعابير المتعالج من خلال المرجعية الذاتية الذي يعبر من خلاله المتعالج عن نفسه. إن قبول أو رفض عرض علاقة المعالج من خلال المتعالج يتحدد من خلال مرجعية المتعالج؛ و ردة الفعل الانفعالية للمعالج على هذا القبول أو الرفض هو ردة فعل على مرجعية المتعالج. وعلى المعالج ألاّ يخبر المتعالج بالمشاعر التي سببها له (قارن الفصل I) وإنما عليه استغلال مشاعره لفهم المرجعية التي يستمد المتعالج منها خبرته ومشاعره؛ و على المرء الإفصاح بتفهم وانسجام و بتقدير عما يشعر به ويخبره المتعالج.

(١) المشاعر بعيدة جداً؛ إنها أقرب لأن تكون مواضيع خارج المتعالج

تروي متعالجة حكايات تصف من خلالها ظروفاً وخبرات مأساوية، غير أنها لا تفصح بأي كلمة حول المشاعر التي امتلكتها فيما يتعلق بهذه الخبرات، حتى ليس حول ما الذي اعتقدته حول ذلك أو حول كيفية تقييمها لهذه الخبرة. ولم تقل للمعالج إلاّ: ((وتصوَّر بأن ....)). كانت مشاعرها بعيدة جداً، لم تشر إليها بأية كلمة. حتى

ما يحركها الآن ظاهرياً، أثناء حديثها لا تتطرق إليه. ولا يملك المعالج أية فرصة لتقديم عرض علاقة للمتعالجة، فهي لم تقل هنا شيئاً مما يمكنه أن يتجاوب معه بتعاطف وتقبل. سبرها الذاتي يساوي الصفر. إنها تتحدث فقط حول أشياء خارجية. يشعر المعالج بالشفقة على المتعالجة وبالحنق على الناس الذين تتحدث عنهم. غير أنها هي لم تظهر أي حنق ولا حتى الخيبة. لا يعرف المعالج ما الذي عليه قوله. فالمريضة لا تعبر عما يمكنه أن يستجيب له بتعاطف وتقبل، إنها تصده بعرضه للعلاقة العلاجية. فالمتعالجة تُفْهِم المعالج بأنها تتحدث عن خبرات تسبب لها مشاعر لا يمكنها التعبير عنها، والتي تستطيع وصفها بهذه الصورة، بحيث يفهم المعالج كيف يمكن للمرء أن يشعر إذا ما عاش خبرات كهذه.
وعلى المعالج التطرق لهذا بالتحديد: ((هل ترغبين بأن أتمكن من أن أتصور بدقة ما عشتِه وكيف شعرت وكيف حدث ذلك؟)).

تقول متعالجة أخرى: أنها تشعر بأن ((شيئاً ما)) يشغلها بشدة، إنها تحمل في ذاتها شيئاً مثل

((الباكيت المغلق))، ترغب المتعالجة الاقتراب من نفسها إلاّ أنها تشعر أن هذا الأمر غير ممكن.
وبهذا فقد أفصحت المتعالجة بصورة ضمنية بأنه مشاهد يسعدها، و ردود فعله مرغوب بها كذلك، إلاّ أنه للأسف لا يمكنه الدخول إليها لمن أقرب باب لأن المفتاح مفقود.
شعر المعالج بعدم الصبر ووجد نفسه يفكر: ما هو ((هذا الشيء)) الذي يمكن أن يكون مختبئاً في هذا ((الشيء ما)) وفيما إذا كان متعلقاً بأن تفصح المتعالجة نفسها عنه و فيما إذا كان لا يستطيع هو نفسه أن يعرفه أو يستنتجه.

فالمتعالجة تعطي المعالج ليفهم بأنها تتأسف، لأنها في هذه اللحظة لا تريد أن تتركه يقترب منها أكثر لأنها لا تعرف بدقة ما الذي سيحصل عليه لرؤيته.

وعلى المعالج هنا ألاّ يتعرض كثيراً لمشاعر ((الانغلاق)) أو ((الصد))، أي عليه عدم القول: ((هنا شيء فيك لا تستطيعين تحديده)) وإنما عليه التعرض إلى أن المصارحة هنا متباطئة على نحو: ((تتمنين لو تعرفي ذلك، وعندئذ سوف تقولين لي ما الذي يحركك، غير أنك تشعرين كم هو صعب ذلك)).

تصف مريضة مشكلتها بوضوح وبشكل خاص صعوباتها الجنسية وتؤكد هنا أنها لا تعرف كيف عليها أن تفسرها. إنها ترغب أن تعرف أسباب هذه الصعوبات، ولهذا قدمت إلى المعالجة.

فالمتعالجة تتحدث عن مشاعر وخبرات وحول مواضيع لا تعرف من أين تملكها. والمعالج طبعاً لا يعرف من أين أتت هذه المشكلات؛ و المتعالجة تحثه على التفكير ولا تقدم له أية فرصة للاستجابة تعاطفياً عليها.

ووجد المعالج نفسه في حالة شحذ ثقافي مكثف لتفكيره الذي كان يهدف إلى تلخيص معرفته حول نشوء الصعوبات الجنسية. وعندما لاحظ ذلك على نفسه وشعر به أصبح حانقاً على المتعالجة التي تريد على ما يبدو جره في نقاش بدلاً من مصارحته بشيء من مشاعرها، وفي هذه اللحظة شعر بقلة الحيلة، لأنه شعر بأنه غير مستعد للمناقشة مع معرفته الناقصة باضطرابات الوظائف الجنسية، ولا يرى أية فرصة للتعامل مع المتعالجة بتعاطف حقيقي وبتقدير غير مشروط.

إذاً لابد للمعالج من فهم أن المتعالجة ترى مشاعرها وخبراتها كشيء غريب عنها وغير مألوف و ترغب في أن تجعل هذا الشيء سهل المنال على المعالج.

إذاً ليس عليه التعرض فقط إلى أنها هي نفسها ترغب في فهم نفسها، وإنما عليه أن يقول لها مثلاً: ((إنك تعيشين كل ذلك كشيء لا ينتمي إليك)).

(٢) أسلوب الخبرة جامد، يعطى للخبرة معنىً من خلال بناءات جامدة، ولا يتم تشكيل البناءات الآن واختبارها بوساطة الخبرات المباشرة، وإنما نشأت عن الماضي.

يشكو متعالج من التأثير السلبي للمعالج على حالته النفسية وعلى إحساسه بدون أن يشكك بالموقف العلاجي كموقف أو بدون أن ينتقد المعالج: ((بعد الجلسة الأخيرة تضايقت جداً ودار في داخلي الكثير وسألت نفسي أخيراً ربما كان من الأفضل لو أنني لم آت إلى هنا. أخاف ويعود إلي هذا الاكتئاب المرعب وأعود من جديد إلى النقطة التي لم أستطع عندها قبل عدة أسابيع غير تناول هذه الحبوب)).

إنه يخبر عن مشاعره كشيء لا يستطيع السيطرة عليه، كشيء ينتشر فيه خارج سيطرته. إنه يفسر هذا الشعور من خلال البناء ((اكتئاب))، الذي شكله في خبرة سابقة في الماضي.

وهكذا تماماً يتعامل مع المعالج. إنه يراه شخصاً يؤثر عليه من خارج سيطرته والذي يستطيع في أقصى الحالات التملص منه - بتعبير آخر إنه لا يستطيع الدفاع عن نفسه ضد المعالج.

يتعجب المعالج من التأثير المزعوم الذي امتلكه على المتعالج، ويخاف أن يكون تأثيره عليه سلبياً عندما يتحدث المتعالج حول الانتحار. إنه يسأل نفسه: كيف يمكنه أن يجعل التأثير إيجابياً.

على المعالج أن يفهم أن المتعالج يخاف من عدم امتلاك السيطرة على مشاعره وبأنه لهذا من المفضل ألاّ يقر بها ؛ وبأنه يخاف من السيطرة على المتعالج، ولهذا من الأفضل الهروب منه. وعليه يمكنه أن يقول: ((تملك خوفاً حقيقياً مما دار في ذهنك ومشاعرك)).

أو يمكن القول في حالة تم ذكر مقاصد انتحار جديدة راهنة إلى جانب مقاصد الانتحار الباكرة: ((تخاف من أن ترى وتخبر ما الذي يدور بداخلك إلى درجة اعتقدت بأنك سوف تسيطر على هذه الأشياء من خلال إلغاء شخصك ككل)).

يصف متعالج بأنه لم يعد يشعر على الإطلاق بأية مشاعر في داخله، عندما تقف زوجته أمامه وتريد منه أن تعرف لماذا خانها وبأية مشاعر، وعندئذ لا يعود يفهم نفسه و لا حتى زوجته. هو نفسه يجد الأمر غريباً غير أنه لا يستطيع فعل شيء تجاه ذلك إلى درجة أنه يجد ذلك مستحيلاً تجاه زوجته.

يشعر (يقيِّم) المتعالج خبرته بعدم ردة الفعل كما تريد منه زوجته، كأمر مستنكر أخلاقياً. إنه لا يستطيع أن يفهم على أساس هذا البناء في تقييم سلوكه الذي من المؤكد أنه قد نشأ من الماضي ما الذي تعنيه له خبرة هذا المنع الداخلي الآن أو ما الذي تقوله له. إنه يعامل المعالج وكأنه يريد تقييمه بسبب ((لا معقوليته)) (" غرابته ")، مثلما يقيم المتعالج نفسه.

تمتع المعالج داخلياً بهذا العناد المتقن للمتعالج نحو زوجته؛ وفكر بأنه يتمنى لو هو نفسه ما كان يحس بشيء عندما تتهمه زوجته، وتحاسبه على مشاعره بالطريقة التي تناسبها.

فالمتعالج قد أفهم المعالج بأنه يشعر في مقاومته ضد زوجته التي تقيمه وتطالبه بأنه شرير و سيئ ويتوقع أن يرفضه المعالج أيضاً _ أو يساعده ليكون إنساناً أفضل من خلال تغييره.

يمكن للمعالج أن يقول: ((تشعر بوضوح بأنك لا تستطيع ببساطة تحمل ذلك، لا تستطيع التحكم بأن تشعر كما ترغب زوجتك، على الرغم من أنك تفكر بأنه عليك أن تحقق ذلك)).

تتحدث متعالجة بأنها قد أوضحت رأيها ومشاعرها بوضوح وبأنها رفضت من قبل أصدقائها لأنها دائماً تظهر بمظهر العارف الأفضل والمسيطر. وتسأل المعالج فيما إذا كانت هذه مشكلة الآخرين أم مشكلتها هي.

لا تتشجع المتعالجة إلى استنتاج موقف تجاه التقييمات التي تخبرها؛ فهي عندما تُرْفَض أو يتم التشكيك بها فإنها توقف سيرورة تقييمها الخاصة. إنها تقيِّم الرفض من خلال بناء جامد ((كتحرير للتقييم)).

بهذا السؤال تأخذ المتعالجة من المعالج إمكانية التعامل معها بتقدير غير مشروط وبتعاطف. إنها تطلب تقييماً وتشل المعالج أيضاً كما كانت قد شلت نفسها في الموقف الذي تتحدث عنه.

كما وأن المعالج شعر وأنه مشلول. فمن أين له أن يعرف فيما إذا كانت المريضة على حق أو أنها كانت مكابرة أو فيما إذا كان أصدقاؤها مملين ومتبلدين انفعالياً أو فيما إذا كانت هي المسيطرة من خلال انفعاليتها. لقد أصبح المعالج متكدراً.

إذاً فالمتعالجة قد أفصحت للمعالج بأن سيرورة مشاعرها تتعطل عندما تصطدم بالرفض وبأنها تخاف من الرفض إلى درجة أنها هناك، حيث يهددها الرفض، ترغب ألاّ تقوم بحركة ما من الخوف بدون إشارات من الوعود بأنها لن تُرْفَضْ إذا ما تصرفت وفق التعليمات.

ويمكن للمعالج أن يقول: ((عندما يتوجب عليك أن تخافي من الرفض بمشاعرك، فإنك ترغبين لو تلغيها)).

(٣) يقاوم المعالج التعبير عن خبراته ومشاعره؛ إنه ينكرها ويشوهها؛ يكون في حالة من عدم الانسجام.

تجلس متعالجة حائرة، خالية تقريباً من الشجاعة، جامدة الحركة من شدة الخوف من القيام بشيء خاطئ وتشكو بأنها لم تعد تمتلك الرغبة في القيام بأي شيء، وأنها ما عادت تمتلك القوة لفعل أي شيء. إنها إرهاق لأسرتها وللآخرين أيضاً. إنها مكتئبة ؛ وتعاني بشدة وتحتقر نفسها بسبب هذه الحالة. إنها تستطيع أن تتفهم أي إنسان آخر غير أنها غير قادرة على تفهم نفسها.

وتقوم بصد المعالج، إنها تشعر بأنها إرهاق له. فعندما يظل غير متحيز فإنها تشكك بجديته، وإذا ما ((اهتم)) بها، فإنها تعتبر ذلك دليلاً على تفاهتها وحاجتها للمساعدة.

يشعر المعالج بالإرهاق الشديد وبالحيرة.

وبالفعل تتحول المريضة إلى إرهاق له ويتمنى لو يفعل الآن شيئاً يخرج المريضة من هذه الحالة. ولكن لو يعرف كيف يفعل ذلك فقط.

تقدم المريضة إذاً للفهم بأنها معرضة لمشاعر لا تريد امتلاكها بأي ثمن كان، مشاعر ترفضها وتفضل كبحها بدلاً من التعبير عنها.

وهنا يمكن للمعالج أن يقول: ((هذه المشاعر التي تحركك هي مشاعر قوية جداً، قوية إلى درجة أنك مشلولة بشكل كامل من خلالها، إلاّ أنك تجدين بأن ذلك ليس بالأمر السهل أن تشعري بذلك)).

يتحدث متعالج مستنكراً عن الناس الذين لا يلتزمون بما يدَّعون أولا يقولون ما يفكرون ويتحدث عن أنهم يغضبونه. ودائماً عندما يفهم المعالج هذه المشاعر ويتعرض لها، يصحح له المتعالج: ((لا تستطيع أن تقول مغتاض جداً))، ((مستنكر، ليست هي الكلمة الصحيحة))، ((الغضب، فيها نوع من المبالغة))....الخ.

يشعر المتعالج إذاً بأنه ملزم بأن يكون دقيقاً جدا في تعابيره ويطلب من نفسه بالتحديد ما يطلبه من الآخرين الذين يشكوهم. وعندما لا يتمكن من الالتزام بما قد عبر عنه يغضب أيضاً من نفسه. إنه يصحح نفسه من خلال تصحيحه للمعالج وعلى ما يبدو فإنه لا يشعر بذلك.

قام المتعالج بصد المعالج الذي يشعر كالتلميذ الذي لا يستطيع أن يفعل شيئاً صحيحاً لمعلمه، وبدأ يشعر شيئاً فشيئاً بالغضب.

((على المتعالج أن يفهم نفسه أولاً... فكر المعالج)).

هنا لابد من فهم مدى تعلق المتعالج بالتفهم الدقيق لمشاعره وبشكل خاص عندما تكون هذه المشاعر عدوانية ورافضة للآخرين. وهنا يمكن للمعالج أن يقول: ((إنك لا تستطيع أن تتحمل بصورة جيدة عندما لا أستطيع فهمك بدقة في مشاعرك هذه)).

كانت متعالجة قد قامت بتأجيل جلستين. في المرة الأولى ضربها زوجها وازرقَّت عينها وفي الثانية شعرت بالإعياء قبل بدء الجلسة بوقت قصير.

و هاهي الآن هنا وتَدَّعي أنها في الواقع لم تكن لتستطيع الحضور وتتحدث بعد ذلك بدون انقطاع حول سلوك زوجها غير الممكن.

وفي كل مرة يتعرض فيها المعالج إلى مشاعر زوجها كانت لا تستجيب على ذلك أبداً، بل تتحدث بشكل أكثر إسهاباً حول وضعها الحالي غير المتحمل وما يقوله زوجها وما يفعله، وبأنها لا تستطيع القيام بأي شيء ضد ذلك.

وعلى ما يبدو فإن المتعالجة تمتلك مشاعر تفترض عنها بأنها لا يمكنها امتلاكها ببساطة، إنها تعتبرها على ما يبدو مشاعر عليها برهانها، على أنها مشاعر أتت من مكان ما، مشاعر لا ينبغي لها أن تكون قد أتت من ذات المتعالجة.

وعلى ما يبدو فإن التفهم المتعاطف للمعالج قد قابلته المتعالجة بخوف كما لو أنها قد بوغتت، كما لو أن شيء ما قد انتزع من سياقه وتريد بسرعة إعادته إلى سياقه.
كان المعالج غاضباً منذ فترة على زوج المتعالجة ولا يريد أن يسمع حول جرائمه شيئاً؛ وبالتدريج أحس بالاستياء من المتعالجة. فهو يستطيع التصور بدقة - والله أعلم - كيف تتعارك مع زوجها.
إذاً فالمعالج يشعر بأن المتعالجة تريده أن يتصور بدقة كيف توصلت إلى مشاعرها الراهنة وكيف لا تستطيع القيام بشيء ما لصدها وبأنها ليست معها وإنما آتية من الخارج.
يمكن هنا للمعالج أن يقول: ((تريدين أن تصفي لي كل ذلك بدقة كي أفهم بأنك لا تستطيعين شيئاً آخر غير أن تشعري بالحيرة والاستسلام)).

(٤) الاستعداد للمصارحة، إلاّ أن إمكانية التواصل الذاتي ضئيلة بشكل خاص.

يتحدث متعالج ويتحدث ويبدل الموضوع باستمرار، وخصوصاً عندما تقول له المعالجة شيئاً ما فإنه لا يستجيب لذلك ويترك الموضوع الذي كان يتحدث عنه حتى الآن و يتناول موضوعاً آخر من جعبته. فالمتعالج يتجنب إقامة علاقة مع خبراته الذاتية كما ويتجنب إقامة علاقة مع المعالجة. و يقوم بذلك بشكل خاص من خلال عدم تقبله لعرض العلاقة الذي تقدمه له المعالجة، إنه يمر ببساطة من أمام ذلك العرض وكأنه غير موجود.
تشعر المعالجة بالتحريض، فما تكاد تفهم محتوى التعبير الأول للمتعالج، بحيث يمكنها قول شيئاً ما، حتى ينتقل إلى مقولات أخرى.

إنها تبدأ بالشك في نفسها: لماذا لا يستجيب المتعالج لها ؟ وبعد ذلك تبدأ بالتساؤل: فيما إذا كانت المعالجة النفسية بالمحادثة هي الإجراء السليم لمعالجة هذا الرجل.

فالمتعالجة قد أدركت أن المتعالج يهرب منها؛ وسألت نفسها فيما إذاً كان من الملائم الجري وراءه ومحاولة اصطياده.

كان على المعالجة إذاً أن تتخلى عن الجري وراء المتعالج وكان من الأفضل التطرق إلى أن المتعالج يهرب، أي عليها أن تقول مثلاً: ((أأفهمك جيداً: تشغلك الكثير من الأمور المختلفة، إلى درجة أنك لا تستطيع على الإطلاق الاهتمام بأمر واحد بصورة أشد ؟)).

تروي متعالجة في الجلسة العلاجية الأولى كل آلامها و شكاواها ومجرى حياتها ككل بلا انقطاع. وقلما يجد المعالج فرصة ليقول شيئاً ما، كما وأن المتعالجة تبدي بأنها لا ترغب بأن تتم مقاطعتها عندما تتحدث. في الجلسة الثانية ترجو المتعالجة المعالج أن يسألها: ((لقد رويت لك كل شيء والآن عليك أن تطرح أنت علي أسئلة)).

وعندما استجاب المعالج لهذه الرغبة وأعاد الإرشادات، تحدثت المتعالجة حول إحساسها في الأسبوع الأخير.

في الجلسة الثالثة قالت المتعالجة بأنها لا تستطيع أن تتحمل هذا النوع من الجلسات. إذ عليها في وقت معين و في ساعة ليس أكثر أن تخرج كل شيء من داخلها، كما ولو أنها مأمورة. إن ذلك يجعلها واقعة تحت ضغط شديد، وهذا ما لا تستطيع تحمله. فالمتعالجة تعيش هنا إمكانية التفكير بنفسها ويرافقها في ذلك إنسان مستعد للتفهم، وكأنه موقف امتحان غير مرغوب على الإطلاق. وتعيش هذه الإمكانية بشكل مزعج، إنها تطلب من نفسها استغلال الفرصة الممنوحة لها.

إذاً فهي لا تتقبل عرض علاقة المعالج. إنها تريد تجنب هذا المطلب. يشعر المعالج بأن كلامه قد حُوِّر. ويرغب بإعادة التعليمات مرة أخرى للتأكيد على أنه لا يتوقع أي شيء وأن المرء يمكنه ألاّ يتكلم أيضاً وبأنه لا ينزعج عندما لا تقول المتعالجة شيئاً. غير أنه من الأفضل له عدم قول كل ذلك، ويحس بأن المتعالجة لن تتقبل كل ذلك منه. كما ويشعر أنه سيكون من غير المعقول، أن يكرر كل شيء ثانية. لم يعد الآن ذلك ممكناً، فكيف سيعالج المرء شخصاً لا يقول شيئاً ؟

يفهم المعالج إذاً أن المتعالجة تجعل من فرصة المصارحة واجب مصارحة تتمرد عليه. ولهذا ينبغي على المعالج التطرق على نحو: ((إنك تشعرين هنا بأنك واقعة تحت الضغط؛ إنك لا تشعرين بالراحة في الحديث حول نفسك، وكأنك تخشين بأنه ينبغي عليك هذا، غير أنك لا تستطيعين)).

(٥) تسخر الوظائف المعرفية لخدمة البناءات وليس لخدمة تنظيم الخبرات المباشرة بل لتشويهها أو تزويرها

يروي متعالج لمعالجه بأنه لم يعد يستطيع العمل. وقد وصل هذا الأمر لدرجة أنه قلما أصبح في حالة يستطيع فيها الدخول إلى مكتبه. وعندما كان طفلاً لم يتحمل على الإطلاق أية مهمة، كما وأن أمه لم تضغط عليه على الإطلاق ودائماً عندما كان يتوجب عليه إنجاز وظائفه المدرسية ـ هذا إذا كان عليه إنجازها وحده ـ فإنه كان ينجزها في اللحظة الأخيرة. إنه يهتم بشدة باضطرابات العمل لدى العاملين معه، أما اضطراباته الخاصة فلا يهتم بها. فالمتعالج إذاً يفسر اضطرابات عمله كنتيجة متأخرة لإخفاق أمه.

وعبر للمعالج عن رغباته في العلاقة: فقد رجاه أن يكون في الواقع ما لم تكنه أمه بالنسبة له، وما هو الآن بالنسبة للعاملين معه. إنه يرفض بهذا المساعدة التي

يعرضها عليه المعالج، أي التفهم المنسجم و المُقَدِّر لخبرة كونه يائساً وغير قادر على العمل.

كان المعالج يتمنى تقديم نصيحة للمتعالج، أن يقدم له تفسيراً للكيفية التي عليه فيها أن يفهم عدم قدرته على العمل.

وبمجرد ما فكر فيما إذا لم يكن من الأفضل مساعدة هذا المتعالج من خلال تمرين ضبط الذات بدلاً من المعالجة النفسية بالمحادثة، أدرك مشاعر الإحساس بالعجز تجاه هذا المتعالج.

فالمعالج إذاً قد فهم بأن المتعالج يشعر بأن لا حول له ولا قوة (بناءاته)، وبأنه لا يستطيع تحمل أن يعيش شيئاً في ذاته ولا أن يشعر بما لا يستطيع تفسيره على الأقل بما لا يُحل من خلال أنه يفسره لنفسه. إن هذا يعطيه مشاعر الإحساس بالعجز.

بإمكانه إذاً أن يقول لمتعالجه: ((أنه من الصعب عليك تحمل هذا العجز. و بشكل خاص يصعب عليك أنك تعرف من أين أتى، وهذه المعرفة لا تفيدك بشيء)).

يتحدث متعالج حول ما كان قد عاشه وما يعيشه وحول مشاعره التي يشعر بها أثناء ذلك. وقلما يستند المعالج إلى المشاعر التي يتحدث عنها المتعالج في هذه اللحظة، وينتقده المتعالج: ((إن ذلك لأمر مستنكر !))، ((إنه لأمر تافه))، ((ألا يشعر كل واحد هكذا ؟)).

المتعالج يخشى على ما يبدو من امتلاكه بعض المشاعر ويصد التفهم المتعاطف للمعالج. فلو تقبله فسوف يعترف بمشاعره الذاتية.

لم يجد المعالج أن مشاعر المتعالج تافهة أو مستنكرة ؛ ((فربما يشعر كل إنسان بذلك)). هكذا اعتقد وفكر فيما إذا كان عليه أن يقول ذلك للمتعالج. ومن خلال

تباطؤه في قول ذلك له فهم المعالج بأن المتعالج يخشى من التفهم ويرغب بمناقشة مشاعره بدلاً من الإفصاح عنها بهدف أن تصبح مفهومة.

إذاً فالمعالج يمكنه القول: ((لو أردت أن أطلق اسماً على مشاعرك فسوف تصبح غير واثق. اسأل نفسك فيما لو أنك تمتلك المشاعر الصحيحة أيضاً ؟)).

(٦) ليس هناك رغبة في التعديل

عولجت متعالجة أكثر من مرة بسبب ما يسمى اكتئابات داخلية المنشأ. تحدثت في الجلسات الأولى من المعالجة وأكدت على تعكر مزاجها ومشاعر الذنب لديها ومشاعر فقدان القيمة ...الخ. وفي نهاية الجلسة تقريباً قالت: ((هناك أشياء كثيرة واضحة بالنسبة لي، ولكني لا أعرف كيف أغير ذلك. إنني لا أستطيع إلغاء مشاعري أو تغيير اتجاهها. نعم لقد رويت لك الآن تقريباً شيئاً واقعاً على الهامش فقط، لقد صارحتك في هذه اللحظة ولكن كيف سيسير الأمر لاحقاً، أقصد كم ستستمر المعالجة على العموم ؟)).

تصارح المتعالجة هنا بأنها قد روت مشاعرها غير أنها تخشى من سماع كيف سيتم فهمها. وبهذا فأنها ترفض عرض علاقة المعالجة بوضوح.

تشعر المعالجة بأنها قد خُدعت: ((المرأة لا تريد تغيير نفسها))؛ ((إنها تتحدث عن مشاعر مرعبة وتدعي بعد ذلك بفخر أنها لا تشعر على الإطلاق ! كما وأن هذه المشاعر لا يتمناها المرء لأي إنسان ! الأساليب المنشطة للمشاعر هي إجراءات عامة ! ما الذي أفعله ! ؟)).

إذاً فقد فهمت المعالجة أن المتعالجة تحمي نفسها من المشاعر المرعبة وأنها تخاف من تغيير نفسها، كي لا تتصل مع هذه المشاعر.

ويمكنها مثلاً القول: ((إنك تقلقين مما يمكن أن يحدث معك في هذا العلاج ولكنك تقلقين أيضاً من ألا يحدث معك شيء في هذا العلاج)).

يتحدث متعالج حول ماذا يمكن للآخرين أن يظنوه عنه إذا قام على سبيل المثال في الجمعية السكنية بتقديم اقتراحات أو فيما إذا عبر عن رأيه. وعندما يتطرق المعالج إلى هذه المخاوف ويقول مثلاً: ((تحزن إذا لم يقبل الآخرين ما تقترحه))، يسرع المتعالج ليقول: ((ليس هكذا بالتحديد))، ((ليس الأمر بهذه البساطة)).

على ما يبدو لا يتجرأ المتعالج على صياغة مشاعر واضحة ويستخدم وظائفه المعرفية لاكتشاف ما عليه أن يشعر به وليس لاكتشاف ما الذي تريد أن تقوله له مشاعره.

إنه يراقب المعالج. إنه لا يرغب بأن يكتشف هذا المشاعر التي لم يكن بعد قد اختبر مقبوليتها في عيون الآخرين.

يشعر المعالج بأنه قد صُد من المتعالج بدون حق. وعلى الرغم من أن المتعالج لا يسمي مشاعره بدقة غير أنه من الواضح أنه يمتلكها.

ينزعج المعالج ويفكر: ((عليه ألاّ يتصور (أي المتعالج) أن المرء لا يستطيع التمييز بين الممثل الجيد و الرديء . إنه ليس بهذه البساطة أن يخدع المرء المعالج !)).

يفهم المعالج إذاً أن المتعالج يريد أن يمتلك مشاعره فقط، عندما يكون واثقاً من هذه المشاعر، وبأنه يخاف من الإحساس بشيء ما بدون هذه الثقة، هذا الشيء الذي يمكن أن يتم إثباته لديه.

فالمعالج يمكنه القول: ((أنك لا ترغب أن يضع المرء المشاعر تحت تصرفك فهذا يجعلك غير واثق إذا ما ظن الناس بك شيئاً ما لم تكن قد أفصحت عنه بنفسك ؟)).

(٧) هناك خوف من العلاقة بالآخرين طبقاً للخوف من العلاقة مع الذات.

تتحدث متعالجة بلا انقطاع حول أنها عليها أن تفعل كل شيء بنفسها وقلما تتيح للمعالجة الفرصة لقول شيء ما. تقاطع المعالجة بصورة غالبة وترفع صوتها بوضوح إذا حاولت المعالجة القيام بشيء ما.

تحاول المتعالجة إذاً القيام بكل شيء وحدها. إنها تعتقد على ما يبدو بأن الأمر لا بد وأن يكون كذلك. ويتم صد المعالجة بعرض العلاقة.

تصبح المعالجة غير واثقة من نفسها وتسأل نفسها فيما إذا كان ما تريد قوله للمتعالجة ذا قيمة بالفعل ...فيما إذا كان مهماً ...من المؤكد أنه لم يعد مهماً أن تقوله عندما تتاح له الفرصة في النهاية لقوله.

تفهم المعالجة إذاً أن المتعالجة تشك بشدة بأنها تستطيع الحصول على شيء ما قابل للاستخدام بالنسبة لها من علاقة ما بشخص آخر.

يمكن للمعالجة إذاً أن تقول: ((إنك تعتقدين أنه عليك هنا القيام بكل شيء وحدك. إنك قلما تجيزين لنفسك الإصغاء هنا، وكأنك تعتقدين أنه عليك هنا أن تكوني مستقلة.)).

يتحدث متعالج حول ما كان قد عاشه وما حدث له أثناء ذلك. ولا يربط هذه الروايات بأي سؤال و لا بأي رجاء من أجل المساعدة أو التفهم من قبل المعالج.

مثال: يشرح مسائل سياسية ويوضح للمعالج بأنه أمر مريح جداً امتلاك شخص يستطيع المرء الحديث معه بوضوح وصراحة. فالمعالج يوصل للمعالج إذاً بأنه ليس هناك من مشكلة في علاقته بذاته وبالمعالج. وبهذا فهو يترك المعالج أمام باب موصد. إنه يتجاهل استعداد المعالج لتفهمه، فهو واثق أن المعالج لن يناقضه ولن يشكك به ولن يطرح أسئلة، حتى أن المعالج يمكنه أن يوفر على نفسه تعابيره المتعاطفة والمقدرة أيضاً، وعلى ما يبدو فإنه عليه أن يوفرها بالفعل.

شعر المعالج بالزهو في البدء وبعد ذلك بالمباغتة وبعد ذلك بأنه معطل. سأل نفسه فيما إذا كان هذا المتعالج يحتاج بالفعل إلى معالجة ويود لو يسأله ((أخبرني لماذا تروي لي كل هذا في الواقع؟)). فالمعالج قد فهم: المتعالج لا يتقبلني ولا يتقبل نفسه في هذه المحادثة.

يمكن للمعالج إذاً أن يقول: ((أنه ليسعدك الحديث معي حول شيء تعتقد أنه لن يؤدي إلى مشكلات بيني وبينك، والذي من خلاله لن تعاني من مشكلات مع نفسك أيضاً)).

لنلخص الآن الأفكار الجوهرية لهذا الفصل:

لقد أردنا في هذا الفصل تقديم مساعدة لتحديد المحتويات الانفعالية الجوهرية في التعابير السابقة بشكل مباشر للمتعالج، والتي تشكل شرطاً للتعبير الفعال علاجياً للمحتويات الانفعالية للخبرة. وقمنا بعرض أنه إذا كان التفهم يعني التمكن من التحرك في المرجعية الداخلية للآخر وكأن المرء هو الآخر بدون أن ينسى ولا مرة بأنه ليس هو الآخر وبأن المرء لا يمكنه التصرف بدلاً منع، فإنه لابد في التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية من خلال المعالج من استقبال وإدراك المحتويات التي تمس المرجعية الداخلية للمتعالج. ونجد وصفاً للأشكال الممكنة للإطار المرجعي الداخلي - بغض النظر عن المحتوى- في أطوار السيرورة التي حللها روجرز.

إن النمو في المعالجة النفسية هو عبارة عن تحرك من إطار مرجعي جامد يقيد الخبرة ويشوه معناها نحو إطار مرجعي مرن يمكن فيه للخبرة والمعايشة أن تنمو بحيوية وتتضح أهميتها للفرد وعلاقته بالمحيط من تلقاء نفسها.

لقد أوضحنا من خلال مثال بأنه ضمن إطار مرجعي داخلي سليم أو مرن يسم التعاطف الذاتي والتقدير الذاتي والانسجام علاقة الفرد بنفسه، في حين أنه ضمن إطار مرجعي جامد وغير سليم تسيطر تقييمات للخبرات الذاتية تهدد التعاطف الذاتي وتجعل من التقدير الذاتي غير ممكن، أي يغلب اللاإنسجام.

ومن خلال مثال حول الحالات حاولنا أن نوضح أن محتويات الخبرة الانفعالية الجوهرية تتضمن في تعابير المتعالج السابقة بشكل مباشر بصورة منتظمة تقييمات خبرة ما من خلال المرجعية الذاتية. وقد افترضنا ووضحنا أن التفهم المتعاطف للمعالج ينبغي أن يتجه دائماً إلى هذه التقييمات للخبرات إذا وجب على المتعالج أن يحقق التعاطف الذاتي من خلال المعالجة.

وفي خطوة أخرى وضحنا أنه كلما كان المرجعية الداخلية للمتعالج أكثر جموداً كان الجدار الفاصل بين الخبرة الحية للمتعالج وإدراكها المنسجم في الخبرة الشعورية أكثر صعوبة على الاختراق وكان المعالج أقرب لأن يعيش تضررات تقديره غير المشروط وأصالته في التواصل مع المتعالج.

وأظهرنا من خلال أمثلة مأخوذة من جلسات علاج الإشراف الذاتي Supervision بأن المتعالج غير المتعاطف ذاتياً وغير المُقَدِّر ذاتيا وغير المنسجم يرفض عرض علاقة المعالج ويحاول أن يجره إلى علاقة معه مطابقة للعلاقة التي يملكها المتعالج مع نفسه. فإذا تمكن المعالج من إطلاق المشاعر التي نماها في ردة الفعل على هذا الصد من خلال المتعالج والتي تتداخل بانتظام مع سعيه للتقدير غير المشروط والحقيقي، إلى درجة أن يتمكن من فهمها بوضوح، فإن ذلك سوف يساعده عندئذ في فهم وتقبل محتويات الخبرة الانفعالية الجوهرية للمتعالج وتشكيلاتها من خلال مرجعيته الداخلية.

كما وأشرنا، ودون أن نناقش، إلى أنه يمكن للمعالجين المختلفين أن يمتلكوا أطراً مرجعية مختلفة وأيدنا المطلب النظري الذي ينادي بالمعالج الطوباوي الذي يستطيع باستمرار إعادة نفسه إلى حالة من الانسجام غير أننا في هذا المقام لابد لنا من الإشارة إلى ما قلناه حول المتعالجين ينطبق على المعالجين: يمكن لشخص ما أن يهتم بتعاطف ذاتي غير مشوه بمحتوى انفعالي لخبرة ما، في حين أنه لا يستطيع أن يكون في مرة أخرى وفيما يتعلق بمحتوى آخر قادراً حتى على استخدام الانسجام.

وكلما كان تعامل المعالج نفسه مع خبرات محددة أكثر إشكالية، تعسر أكثر عليه التعاطف المُقَدِّر وغير المشروط مع المتعالج، الذي تستند تعابيره السابقة بصورة مباشرة إلى مثل هذه الخبرات المشكلة بالتحديد.

وقمنا بإسهاب بعرض أحجار البناء المختلفة للإطار المرجعي الداخلي التي كان روجرز قد فصلها عن بعضها، وإمكاناتها في تحديد الخبرات الحية وبذلك سيرورة العلاج. إننا نفترض أن معرفة أحجار بناء المرجعية الداخلية يمكن أن تسهم بتقبل آثارها.

الفصل الخامس

التأثيرات (الاستطبابات)[٨] والتنبؤ

١. حول ضرورة مسألة الاستطباب

لم تكن مسألة الاستطباب تلعب دوراً في المعالجة النفسية بالمحادثة. أما اليوم فهي تحتل مكاناً واسعاً في المعالجة النفسية بالمحادثة. وقد يكمن السبب في إطار بحث المعالجة المقارن الذي يعتبر منافساً إلى حد ما وكذلك في سياق النقاش حول التوليف بين الطرق.

ونريد في البداية، وبغض النظر عن مشكلة الاستطباب العلاجية المقارنة أن نقوم بعرض أهمية مسألة الاستطباب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة أو للمعالجة النفسية عموماً.

في العادة لابد من التقرير في البداية فيما يتعلق بمتعالج ما فيما إذا كان العلاج النفسي ممكنا عموماً. وبعد ذلك فقط يتم التقرير حول شكل العلاج النفسي الذي يمكن أن يكون ملائماً أو فيما إذا كان العلاج النفسي بالمحادثة يمكن أن يشكل بالنسبة لهذا المتعالج مساعدة مناسبة.

---

[٨] الاستطبابات أو التأث ات Indications: دواعي استخدام علاج ما أو تأث اته أو فاعليته أو الأسباب ال تؤيد استخدام هذا النوع من العلاج أو ذاك. (ا ترجم)

أماكن العلاج النفسي نادرة، والمعالجة النفسية مكلفة. وتعني المعالجة النفسية في العادة تدخلاً نفسياً واجتماعياً جوهرياً في حياة إنسان ما مع عواقب شديدة. حتى عندما يذهب المرء من أن العلاج النفسي لا يمكنه أن يضر بأي إنسان بالمعنى الحقيقي، غير أنه يمكن للظرف المتمثل في كون الإنسان "مريض علاج نفسي " أن يؤثر بصورة ضارة، وذلك فيما يتعلق بفرص العمل والتوظيف أو بالنسبة لقرارات حق الرعاية وللاعتبار الاجتماعي العام عموماً أو للاحترام الذي يكون الآخرون مستعدين لتقديمه على سبيل المثال.

ويمكن لمحاولة القيام بمعالجة نفسية، لا تؤدي إلى النجاح المرغوب للمعالجة أن، تشكل خيبة يمكنها أن تحظى بقيمة مرضية (" إني إنسان مريض نفسياً غير قابل للعلاج "). غير أن هناك تقنيات علاج نفسي تضر غالبية المتعالجين مباشرة، أي أنها لا تقود إلى الشفاء فحسب وإنما تؤثر بطريقة عدوانية، أي أن تؤثر بصورة كاشفة على سبيل المثال، أي تكون غير بناءة حتى وإن كانت هذه التقنيات فعالة جداً، ومثيرة dramatic أحياناً أيضاً.إذ يمكن أن يحصل مثلاً أن يشكك إنسان ما من خلال تقنية ما بأشكال وجوده existence forms بدون أن تتوفر له إمكانات وجود جديدة في الوقت نفسه.[٩]

[٩] ر ا تكمن حكمة قد ة وراء اختيار مصطلح علاج ((Therapy)) بالنسبة للمعا ات العلم نفسية أو عا ات النفس أيضاً. فأصل الكلمة لاتي وتع تقريباً خدمة أو عون ع الرعاية وهي قريبة أصو ا من كلمة ستر، Tarnen ، بالإ ليزية mask; camouflage، و غطى بالأ انية zudecken :بالإ ليزية cover up: (Kluge, 1975.) وعلى ما يبدو فهناك أشخاص لا يستطيع ا رء نزع أقنعتهم لأ ا هي الوحيدة ال ما تزال على العموم تربطهم ببعضهم. ور ا تكمن ا كمة نفسها وراء اختيار كلمة شخص Personللفرد الإنسا . فالشخص تع القناع و زيق الأقنعة قد يع أحياناً طيم الأشخاص (قارن Hofstaetter, 1972، صفحة ٢٤٢ وما بعدها).

وبغض النظر عن الأضرار الاجتماعية الشخصية الممكنة التي يمكن للعلاج النفسي أن يقود إليها لا بد من الأخذ بعين الاعتبار بأن المعالجة النفسية يمكن أن تكون غير مفيدة أو تستخدم في المكان الخطأ، إذا ما تعلق الأمر بمشكلات محددة.

وعلى المعالجين والمؤسسات التي تنصح بالمعالجة والأشخاص الذين يبحثون عن المعالجة أن يعرفوا أنه نظراً للعدد الكبير من تقنيات التأثير الممكنة التي تقدم نفسها اليوم تحت الاسم العام " العلاج النفسي "، فإنه لا يمكن طرح السؤال حول فائدة المعالجة النفسية أم عدم فائدتها بهذه الصورة المجردة. بل أن عليهم أن يحاولوا أن يدركوا بوضوح ماهية علاج نفسي من نوع محدد، وما الذي يمكنه تحقيقه ولا يمكنه تحقيقه، إذا أرادوا أن يتوصلوا إلى قرار يتعلق بالآخرين أو بهم شخصياً، حول فيما إذا كان العلاج النفسي يمكنه أو ينبغي له أن يشكل الطريقة المثلى لحل مشكلات محددة (أنظر الفصل VI).

ويبدو أن المعالجة النفسية بالمحادثة بالذات معرضة من خلال ترددها في مسألة الاستطباب إلى خطر الحصول على متعالجين مُحَوَّلين، لم يساعدهم علاج نفسي آخر، بل ربما ألحق الضرر بهم. لقد أظهرت الممارسة العملية أنه عندما تتوفر إمكانات متعددة للمعالجة النفسية وإذا كان لابد من القيام بتحويل للعلاج من قبل محكمين فإنه يتم اقتراح المعالجة النفسية بالمحادثة على العدد الأكبر من المتعالجين.

ويظهر ذلك على سبيل المثال في دراسة أراد فيها الأطباء النفسيون (بشكل غالب أطباء مقيمون في مشفى للطب النفسي) على ٤٧% من المرضى تم لديهم اقتراح إجراء معالجة خارجية بدلاً من معالجة مركزية، تحويلهم إلى المعالجة النفسية بالمحادثة، على الرغم من وجود إمكانات أخرى من المعالجة التحليلية والسلوكية ومجموعات الكحولية ومجموعات اجتماعية أخرى (علاج اجتماعي ومجموعات كبار السن، ومجموعات الذين يعيشون وحدهم). وفي دراسة مصممة بشكل تفريقي قام بها بلاسر (١٩٧٧) قدمت لمجموعة من المعالجين النفسيين والأطباء النفسيين ذوي خبرة إمكانات معالجة واسعة جداً. وهنا أيضاً احتل التحويل إلى المعالجة النفسية بالمحادثة المركز الأول حيث بلغت النسبة ٢١ % من التحويلات. وكانت نسبة المتعالجين بالنسبة لفئة الاستطباب العليا

((علاج غير تحليلي))، التي تحتسب من ضمنها المعالجة النفسية بالمحادثة أيضاً وليس المعالجة السلوكية كانت النسبة ٤٠%. وفي تحليل دقيق لسيرورة الحكم الكامن خلف هذا التحويل توصل الباحث إلى النتيجة القائلة أن التحويل إلى المعالجة النفسية بالمحادثة يرتبط بعدم وجود قواعد استطباب واضحة بحيث أنه ((أيضاً يمكن اعتبار أن الاستطباب (للمعالجة النفسية بالمحادثة) عبارة عن سلة مهملات علاجية)) Blasser , 1977، صفحة ١٦).

إذاً يبدو أنه من الضروري جداً بالنسبة للمعالجة النفسية عموماً وبالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة بشكل خاص صياغة معايير استطباب.حتى لو كانت المعالجة النفسية تجرى بصورة جيدة من قبل معالج نفسي متعاطف و مسؤول وأنها لا يمكن أن تضر بشخص ما بالفعل فإنها مع كل ذلك يمكنها أن تكون بدون داعٍ وغير ملائمة لحل مشكلات محددة، وبهذا ضارة، عدا عن الأضرار التي يمكن أن تسببها للوضع الاجتماعي للشخص مثلها مثل الأضرار التي يمكن أن يسببها أي علاج نفسي آخر.

٢. استطباب المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة

يتم اليوم طرح مسألة الاستطباب من قبل المعالجين النفسيين (أنظر Minsel, 1974، صفحة ٣٨ وما يعدها) استناداً إلى لندن ١٩٧٢ و كيسلير ١٩٦٩ في صيغة: مع أي نوع من المرضى وبأي نوع من الاضطراب النفسي، وما هو شكل العلاج الذي يكون فعالاً ومن خلال أي معالج وبأي هدف ؟.أي:

١- ماهي سمات المرضى (الأشخاص)؟

٢- ما هي طبيعة الاضطراب (المرض) النفسي؟

٣- ما هو نوع العلاج الذي يفيد مع هؤلاء الأشخاص بهذا المرض

٤- من هو المعالج؟

٥- ما هو الهدف الذي يتم السعي لتحقيقه؟.

إن أهمية هذا السؤال الممكن من حيث المبدأ و الطوباوي للأسف تنبع وحدها من أن كل العوامل المهمة تقريباً التي تشكل السيرورة العلاجية وفاعليتها مذكورة هنا ومأخوذ تأثيرها المتبادل في الحسبان:

١- شخصية المتعالج

٢- نوع الاضطراب

٣- نوع التأثير العلاجي

٤- شخصية المعالج

٥- نوع الهدف العلاجي

لنتناول في البداية هذا النموذج ونستنتج بعدئذ أن النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة يراعي ثلاثة من هذه العوامل المتمثلة في:

١- نوع الاضطراب الذي يعالجه

٢- الشكل الذي يعالج فيه الاضطراب

٣- الهدف الذي يعالج الاضطراب من خلاله

١- نوع الاضطراب

إن نوع الاضطراب الذي تعالجه المعالجة النفسية بالمحادثة هو عبارة عن تنافر نفسي بين الذات والخبرة. وهناك إمكانات كثيرة من التعبير عن التنافر، منها ما يوصف ويذكر بشكل خاص في الحالات النفسية كالقلق والحساسية الزائدة وتشوه الإدراك و إنكار الخبرات ومفهوم الذات السلبي.

وإذا دققنا بدقة في فئات التشخيص التقليدية للطب النفسي والتحليل النفسي في مجال العصابات و السيكوباتية[10] والأشكال الأخرى من السلوك المنحرف فسوف يكتشف عندئذ أن كل هذه الأسماء تقريباً للأمراض النفسية تحتوي دلائل على حالات من التنافر بالمعنى المقصود في العلاج النفسي بالمحادثة. لنتأمل مفاهيم مثل عصاب القلق، الرهابات، القسر، شخصيات غير واثقة، عصابات الطبع، الشخصيات الطفلية ....الخ.

من خلال كل هذه المفاهيم تتم تسمية حالات لفرد ما، يخبر فيها فقط جزءاً من خبرته كجزء تابع له أو كجزء موجود على العموم. وفي وصف الأشكال المختلفة للأمراض التي يمكن أن يظهر فيها تنافر، فإن المعالجة النفسية بالمحادثة بخيلة (قارن الفصل III). بالمقابل يصف العلاج النفسي بالمحادثة بدقة الكيفية التي يظهر فيها التنافر أو يتعدل في سيرورة العلاج: في القرب أو البعد عن المشاعر الذاتية، في جمود أو مرونة تمثل الخبرة، في توفر أو عدم توفر سيرورات معرفية ووظائف أخرى للأنا وكذلك في شكل تقبل العلاقات بالآخرين. بتعبير آخر يظهر عدم التنافر أو التنافر في إمكانات تكامل الأنا وفي إمكانات تقبل العلاقات بالواقع وبشكل خاص بالناس الآخرين. أي في الاتصال مع الواقع وفي إمكانات امتلاك الموضوع. إذاً فالمعالجة النفسية بالمحادثة تصف كيف يتم التعرف على ((الأعراض)) في سيرورة العلاج وذلك كشكل للعلاقة الذي يملكه إنسان ما مع نفسه ومع خبرته ومع الناس الآخرين.

لقد قمنا بعرض أنه في كل مرض من الأمراض النفسية والمسماة يمكن إيجاد نوع من التنافر، أي نوع من الاضطراب الذي تعالجه المعالجة النفسية بالمحادثة. غير

---

[10] يعد استخدام مصطلح السيكوباتية مستخدماً منظومات التصنيف ا ديثة ا ذا ا صطلح من دلالات اجتماعية وقانونية وأخلاقية سلبية ويستخدم بدلاً منه مصطلح السلوك ا ضاد للمجتمع (ا ترجم).

أننا بهذا لا نريد الادعاء أن كل الاضطرابات النفسية الممكنة التي لها علاقة بالتنافر يمكن معالجتها بنجاح في المعالجة النفسية بالمحادثة.
وكما حدد روجرز في تحديده للشروط اللازمة والكافية لسيرورة علاجية نفسية ناجحة، فإنه لا يجوز لمقدار التنافر أن يتجاوز حدين اثنين:

(١) لا بد للإدراك عند الفرد الذي ينبغي له أن يستفيد من سيرورة علاجية بالمحادثة ألاّ يكون مضطرباً إلى درجة لا يعود فيها في وضع يمكنه من إدراك عرض علاقة المعالج، على الأقل في حدود محددة.
(٢) لابد لذات فرد ما أن تكون بحيث يستطيع الفرد إقامة علاقة مع المعالج ومع نفسه، أي أن يعيش تنافره على الأقل في حدود معينة.

و النقطة الأخيرة هذه نريد إيضاحها أكثر:
على ما يبدو أنه لم يتم في المعالجة النفسية بالمحادثة الإشارة بشكل واضح كفاية إلى أن مفهوم التنافر لا يمكن النظر إليه بدون فرضية الذات التي يمكن لها أن تعزز الخبرات،ـ أي التي يمكن لها أن تربط الخبرات في علاقة معها. وهذه الخبرات يمكن أن تكون متوافقة مع الذات، أي أن الذات يمكنها ألاّ تتجاهلها أو تنكرها أو يمكنها أن ترفضها أو تشوهها باعتبارها غير منسجمة مع الذات. فالمعالج إذاً لا بد وأن يتمكن من اتخاذ موقف من خبراته حتى لو كانت هذه الخبرات ما تزال محددة بشدة كبيرة من خلال القلق من إدراك هذه الخبرات كشرط للمعالجة النفسية بالمحادثة. ولإيضاح هذه العلاقات نورد المثال التالي:
المريض الذهاني الذي يعيش هذيانه المتمثل في كونه المسيح ولا يتحدث عن شيء آخر سوى ذلك لا يتيح للمعالج أية إمكانية كي يفهم بشكل متعاطف ما الذي

يعنيه هذا الهذيان، أي أنه لا يقدم لا له ولا لمعالجه مدخلاً لتنافر يمكن أن يكون موجوداً بين الذات والخبرة.

أمر آخر يحدث مع المريض الذهاني الذي يمكنه الإفصاح ما الذي تعنيه له قناعته كونه المسيح، وفيما إذا كان عليه مثلاً أن يصدها أو لا يستطيع صدها، وفيما إذا كانت ترهقه أو تريحه ....الخ.

بكلمات أخرى يكون فرد ما قابل للمعالجة النفسية بالمحادثة عندما يستطيع التعبير عن علاقته بخبرته الذاتية على الأقل في حدود معينة. أي ليس وجود التنافر وحسب وإنما على الأقل إمكانية خبرة هذا التنافر في حدود معينة، أي الشعور بهذا التنافر وإدراكه له.

(٢) شكل المعالجة

الشكل الذي تعالج به المعالجة النفسية بالمحادثة محدد بدقة: على المعالج أن يسعى نحو التعاطف الأصيل والتقدير غير المشروط. عدا عن ذلك لا شيء.

لقد قمنا في الفصل الأول من هذا الكتاب بعرض تفصيلي لشكل المعالجة في المعالجة النفسية بالمحادثة ؛ ولا نريد هنا تكرار ذلك وإنما نريد لفت نظر القارئ إلى هذا الفصل. أما العروض العلاجية الأخرى غير عرض العلاقة كالتفسير وإرشادات السلوك ...الخ، فهي لا تنتمي إلى عرض العلاج للمعالجين النفسيين بالمحادثة.

ويمكننا الانطلاق من أنه يوجد متعالجين لا يمكن الوصول معهم إلى نتيجة من خلال عرض العلاقة هذا. ومن المحتمل أنه حتى عند وجود تنافر و درجة كافية من الإدراك لهذا التنافر وقدرة على تقبل العلاقة فإنه لا يكون متعالج ما في وضع يمكنه فيه من تقبل عرض علاقة المعالج النفسي بالمحادثة على شكل شافٍ بالنسبة له.

فمن المؤكد مثلاً أن لابد من افتراض وجود شكل من التنافر لدى متعالج يعاني من الغيرة المرضية: إنه لا يستطيع مطابقة مقدار قسوة زوجته تجاهه مع مفهوم ذاته. ولهذا فهو يصر على أنها ليست زوجته القاسية معه وإنما الرجال الآخرين هم الذين يريدون أخذها منه. إن الشدة التي يتقن من خلالها صد إدراك الاهتمام الناقص من قبل زوجته تؤيد أنه يمتلك بالتأكيد مفهوماً واضحاً عن ذاته وكذلك معرفة حول الأهمية التي يمتلكها إدراك قسوة زوجته بالنسبة له. كما وأنه يستطيع إدراك أن المعالج يقابله بانسجام وبتقدير غير مشروط وبتعاطف. غير أنه عليه أن يرفض هذا العرض لأنه سوف يعتبره مهدد جداً لمفهوم ذاته ثانية. فالمتعالج سوف يعيش تقدير المعالج غير المشروط و تعاطفه بأنهما خطيران ومهددان و انسجامه مدمر، سواء كان إنساناً يحتاج إلى مساعدة في صراعه من أجل زوجته أو عليه أن يوافق على رؤية أخرى في مناوراته الدفاعية.

إذاً فلن يستطيع معالج نفسي بالمحادثة الاقتراب منه بعرض علاقته المحدد. حتى لو تمكن من تحريك هذا المتعالج نحو سبر ذاته فيما يتعلق بردود فعله على عروض علاقته فإنه ينبغي النظر إلى أنه من غير المحتمل أبداً أن يعود ثانية ويستمر في سبر ذاته، باستثناء الكيفية التي يشعر فيها بأن الموقف مع المعالج خطير ومهدد.

لقد اقتربنا في هذا المثال من السؤال: بالنسبة لأية شخصية من شخصيات المرضى تشكل المعالجة النفسية بالمحادثة عرضاً علاجياً مقبولاً؟. غير أننا لا نريد هنا مناقشة هذا السؤال. فالمعالجة النفسية بالمحادثة تعتبر كما سنعرض لاحقاً بصورة مسهبة، رؤية مسالة الاستطباب القائمة على شخصية المريض بأنها مسألة لا تستحق المساندة كثيراً، إذا لم تأخذ مسألة سمات السيرورة للمتعالج بعين الاعتبار (قارن الفصل IV).

(٣) الأهداف في المعالجة النفسية بالمحادثة

توجه المعالجة النفسية بالمحادثة هو أن المتعالج يمكنه أن يقيم العلاقة التي يقدمها له المعالج النفسي بالمحادثة مع نفسه، أي أنه يمكنه أن يعامل نفسه بانسجام أو بدون تنافر وبتقدير غير مشروط. وهذا يعني من زاوية هدف العلاج أن المعالجة النفسية بالمحادثة تكون فاعلة إذا وقفت عوائق في طريق حل مشكلات محددة في حياة متعالج ما، بحيث أنه لا يستطيع أن يقبل ويقدِّر ذاته مع عاقبة أن عليه أن يتملص من المواجهة مع خبراته. فدواعي استخدام المعالجة النفسية بالمحادثة لا تطرح من خلال تحديد مشكلات محددة أو قصور في السلوك أو صور أمراض أو حتى أعراض، ولا بد من خلال طرح أهداف علاج أخرى غير متضمنة في المعالجة النفسية بالمحادثة. وتكمن دواعي استخدام المعالجة النفسية بالمحادثة في تحديد وجود تنافر في خبرة المتعالج فقط، مهما كانت أشكال الإعاقة والمشكلات التي يمكن أن يستتبعها التنافر، وفي اختبار إمكانات متعالج ما، ليس في إدراك عرض علاقة المعالج النفسي بالمحادثة وحدها فحسب وإنما في تقبلها في جوانب محددة أيضاً.

وبالتأكيد فإن المشكلات التي تظل قائمة حتى بعد اكتساب نوع من عدم التنافر، ليست قابلة للمعالجة، كقصور الذكاء وخيبات الأمل الواقعية والحث الزائد عن اللزوم والظلم الاجتماعي والظلم الصحي...الخ.

وفي نهاية هذا المقطع نريد أن التأكيد على أن التشخيص في المعالجة النفسية بالمحادثة هو دائماً تشخيص استطباب. أما بالنسبة للتشخيص ذي الأهداف الأخرى فليس له في نموذج العلاج النفسي بالمحادثة داعٍ أو مفاهيم. وينظر التشخيص العلاجي النفسي بالمحادثة للمتعالج من منظور إمكاناته في الخوض في سيرورة علاجية بالمحادثة وفي الاستفادة من هذه السيرورة.

قمنا في بداية هذا المقطع بعرض شكلاً شاملاً لصياغة مسألة الاستطباب. وقد أخذنا من هذا الشكل الأجزاء من المسائل المفيدة التي يجب طرحها في المعالجة النفسية بالمحادثة والتي يمكنها أن تجيب عنها أيضاً. وفيما يتعلق بالأجزاء الأخرى من المسائل بقي أن نقول أنه لا يمكن على الإطلاق النظر في المعالجة النفسية بالمحادثة إلى السؤال عن شخصية المريض بشكل مستقل عن اضطرابه، والسؤال عن الاضطراب ليس بشكل مستقل على الإطلاق عن السؤال عن سمات السيرورة، وبأن السؤال عن شخصية المعالج لابد وأن يطرح فقط من خلال منظور المدى الذي ينمو فيه أو يعاق المعالج من خلال شخصيته عند تحقيق ما يسمى بالمتغيرات الجوهرية (التعاطف، والانسجام والتقدير غير المشروط) وذلك في التفاعل مع أحداث ملموسة في اتصال علاجي مباشر مع متعالج محدد.

وباختصار يمكننا أن نعدد استطبابات (دواعي استخدام) المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة:

١- عندما يكون الاضطراب اضطراباً نفسياً، أي عندما يكون الاضطراب عبارة عن تنافر Incongruence.

٢- عند وجود مفهوم للذات ومقدار معين من القدرة على إقامة علاقة بالذات عند المتعالج.

٣- عندما يستطيع المتعالج إدراك وتقبل عرض العلاقة العلاجية بالمحادثة في حدود معينة على الأقل.

٤- عندما يمكن رؤية أنه في إزالة التنافر في خبرة المتعالج خطوة أولى على الأقل لحل مشكلاته، وحتى لو كان ذلك مجرد إيضاح فقط (قارن الفصل VI)

مبادئ الاستطباب في المعالجة النفسية بالمحادثة

حاولنا في المقطع السابق عرض أنه يمكن من نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة اشتقاق مبادئ استطباب وأن مسألة الاستطباب في المعالجة النفسية بالمحادثة قد عولجت في الماضي بصورة سيئة. ونريد فيما يلي مناقشة تطور هذه المسألة ضمن المعالجة النفسية بالمحادثة وهذا التطور.

ذكر روجرز في منشوره الأساسي في عام ١٩٤٢ ثمانية معايير ينبغي تحقيقها إذا وجب إجراء معالجة إرشادية ناجحة مع متعالج ما (روجرز الطبعة الألمانية، ١٩٧٢، صفحة ٧٦-٧٧).

((١- المتعالج واقع تحت تأثير التوتر الناجم عن الرغبات المتناقضة أو الصراع بين المحيط الاجتماعي ومتطلبات المحيط وبين الحاجات الشخصية. والتوتر المنتج بهذه الطريقة أشد من الضغط الناجم عن التعبير عن مشاعره فيما يتعلق بهذه المشكلة.

٢ - يمتلك الفرد بعض المهارات للتعامل مع الحياة ويمتلك ثباتاً زمنياً كافياً لممارسة نوعاً من الضبط لعناصر موقفه. والأوضاع التي يجد نفسه

تجاهها ليست غير ملائمة تماماً أو غير قابلة للتعديل، كي يصعب على الفرد ضبطها وتغييرها.

٣- هناك إمكانية لأن يعبر الفرد عن توتراته المسببة للصراع في الاتصال مع مرشده.

٤- الفرد قادر على التعبير عن هذه التوترات أو الصراعات إما بشكل لفظي أو من خلال أية وسائط أخرى. والرغبة الشعورية للمساعدة مقيدة، غير أنها ليست لازمة بالضرورة.

٥- الفرد مستقل انفعالياً ومكانيا بطريقة مقبولة عن السيطرة الأسرية.

٦- أنه متحرر بطريقة معقولة من اللااستقرارية المفرطة وبشكل خاص من اللااستقرارية ذات الطبيعة العفوية.

٧- يمتلك ذكاء مقبولاً للتعامل مع وضعية حياته.

٨- يبلغ من العمر كفاية لمواجهة الحياة بشكل مستقل إلى حد ما، وشاب كفاية أيضاً من أجل امتلاك نوع من المرونة للتلاؤم، أي بين العاشرة والستين من العمر.)).

وفي عام ١٩٥١ (الطبعة الألمانية ١٩٧٣) تراجع روجرز عن هذه المعايير. فقد كتب: ((لقد ظهر أن هذه القائمة من المعايير غير مساعدة على الإطلاق ؛ ليس لأنها كانت خاطئة (على الرغم من أن النقطتين ٥ و ٨ قد تم نقضهما باستمرار)،

وإنما لأنها سببت عند تأهيل المرشد قالباً مُقَيِّماً مُشَخِّصاً ليس له فائدة. إن مثل هذا النوع من الرؤية حول قابلية الاستخدام لابد وأن تأخذ بعين الاعتبار خبراتنا.

فقد تم استخدام المعالجة المتمركزة حول المتعالج مع أطفال بعمر السنتين وراشدين بعمر الخامسة والستين. وفي مشكلات التوافق البسيطة وفي الاضطرابات الشديدة للسيكوباتية المشخصة عيادياً؛ و مع الأفراد ((الأسوياء)) ومع العصابيين ؛ ولدى الأفراد المنغلقين والأشخاص شديدي الاستقلالية؛ ومع الناس من الطبقات الدنيا والوسطى والعليا؛ ومع أشخاص من ذكاء منخفض ومرتفع ؛ ومع الأصحاء والناس الذين يعانون من معاناة نفسية جسدية وبشكل خاص هنا من التحسس ......

ولا نملك معلومات كافيه حول تصنيفين اثنين فقط من التصنيفات الواسعة: بالنسبة للذين يعانون من أعطاب ذهنية mental defects وبالنسبة للمجرمين))

(صفحة ٢١٣). ويحدد روجرز رأيه بدور الاستطباب في المعالجة النفسية بالمحادثة (صفحة ٢١٤) في الجمل التالية: ((نرى أن محاولة إخضاع قابلية تطبيق مثل هذا النوع من العلاج لحدود جامدة، لا تقود إلى أية فائدة. فإذا وجد نوع من الأفراد الذين لا يملكون استعداداً أو الذين تشكل لديهم المعالجة المتمركزة حول المتعالج مضاد استطباب فسوف ترينا الخبرة والبحث من هي هذه المجموعة ...... إن تأمل هذه العناصر يقود إلى الاستنتاج أن المعالجة المتمركزة حول الشخص متنوعة الاستخدام بشكل كبير بحيث أنه يمكن استخدامها بالفعل على جميع الأشخاص)).

وعلى ما يبدو فإن الأفكار التي عارض من خلالها روجرز طرح الاستطباب قد نشأت من مصدرين مختلفين جداً. المصدر الأول أراد اتقاء تصرفات المعالجين غير القابلة للاتفاق مع تصور المعالجة النفسية بالمحادثة، والمصدر الثاني يستخدم

روجرز الملاحظات وكذلك النتائج التجريبية التي تثبت أنه لا يمكن تقرير مسألة الاستطباب فيما يتعلق بالمعالجة النفسية بالمحادثة من خلال فئات الأعراض أو تصنيفات أخرى كالمنشأ الاجتماعي والانتماء إلى طبقة ما. من جهة أخرى يعرف روجرز أن هناك متعالجين لا يمكن معالجتهم بالمعالجة النفسية بالمحادثة أو أنها تشكل بالنسبة لهم مضاد استطباب، أي يمكن أن تضرهم. لقد حاول حل هذا التناقض من خلال تشكيكه بأن المعالجة النفسية بالمحادثة ((تشفي)):

((ولكن هذا لا يعني أن المعالجة النفسية بالمحادثة تشفي كل حالة نفسية، وفي الواقع فإن تصور الشفاء لا ينتمي للمبدأ الذي تأملناه)) (روجرز مرجع سبق ذكره، صفحة ٢١٣).

ويبرر روجرز قراره بعدم صد أي متعالج من خلال أن المتعالجين يندر أن يغادروا المعالجة أكثر اضطراباً مما كانوا عليه. ويخمن أن هذا يكون كذلك لأن المتعالج يحتفظ بنفسه بعيداً عن المواضيع التي يمكن أن تكون خطيرة بالنسبة له أو التي يمكن أن تثير قلقه.

ويبدو ذلك في البدء مغرياً، إذ أن ثقة روجرز في إمكانات متعالجه في إيجاد الطريق السليم بالنسبة له لا تتقيد كذلك بهذه النقطة النقدية ولكن من الطبيعي أن يسأل المرء في الاتجاه المعاكس: لماذا يعتقد روجرز أن المعالج غير قادر على اتخاذ قرار استطباب لمصلحة المتعالج ؟

إننا نرى أنه لابد من التأكيد على أن الوضع القائل أنه هناك متعالجين غير مناسبين بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة (مضاد استطباب) لا تتم إزالته من خلال طرح الادعاء أن المعالج النفسي بالمحادثة ((الجيد)) يجري في العادة معالجات ناجحة، وفي الحال غير المناسبة لا يصل إلى تعديلات بناءة، إلاّ أنه لا يسبب بأي حال من الأحوال تأثيرات هدّامة. والشيء الوحيد الذي يتعلمه

المتعالجون الشباب من هذا الادعاء هو الشعور بعدم الكفاءة والعجز ومعاناة تأنيب الضمير عندما ((يخسرون)) متعالجاً من جديد.

وليس الأمر بالنسبة للمعالجين الشباب فحسب وإنما بالنسبة للمرضى كذلك الذين تكون ضرورة طرح الاستطباب مهمة بالنسبة لهم. بل أننا نرى أنه كلما كان المريض أكثر مرضاً كانت ضرورة طرح الاستطباب أكثر ضرورة. فمحاولات الانتحار والتفككات الذهانية والتفكك الأسري غير نادرة لدى الناس الذين يجدون الطريق نحو المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال المستشفى أو المستوصف الطبي النفسي. وغالباً _ إذا لم يكن دائماً _ ما تكون ردود الأفعال المتطرفة هذه بالتحديد في إطار مشفى طبي نفسي ما هي الدافع للتحويل إلى المعالجة. فإذا تم تحويل هؤلاء الناس إلى المعالجة النفسية بالمحادثة فإنه عندئذ لا يندر أن تظهر ردود الأفعال المتطرفة من جديد - وأحياناً على الرغم من المعالجة النفسية بالمحادثة - وفي أحيان أخرى نتيجة المعالجة النفسية بالمحادثة.

ومن هنا فإن طرح الاستطباب مفيد وضروري لكلا الجانبين، للمريض والمعالج. فهو يمكنه حماية المريض من ألاّ يتم التخلص منه - بسبب قلق معمم عند الطبيب أو المعالج من العواقب الممكنة لتحويل متسرع إلى معالجة نفسية بالمحادثة - من خلال إزاحته إلى فئة ((مرض غير قابل للمعالجة من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة)). كما وأن الاستطباب المدروس يمكن أن يحمي المريض من خبرة أن يعيش مثل هذا النوع من الخيبة لرغباته في المساعدة أو التعديل من خلال التسرع بالمعالجة النفسية بالمحادثة كان قد بدأ فيها بحيث أنه لا يستطيع أن يستجيب إلاّ بطبعة جديدة مقواة من ارتكاسة، التي قيد إليها إلى المستشفى. أما بالنسبة للمعالجين فإن أهمية طرح الاستطباب تنبع من أن الاستطباب يمكنه أن يحميه من مشاعر العجز. ويفضل في المعالجة النفسية بالمحادثة ٦٥٢استخدام مصطلح خبرة

مشاعر العجز بدلاً من استخدام مشاعر العجز. وتظهر مشاعر العجز أو الذنب عند المعالج عندما لا يستفيد المتعالجين غير القابلين للمعالجة النفسية بالمحادثة من جهوده العلاجية من ناحية، كما وتظهر هذه المشاعر من ناحية أخرى عندما يستجيب متعالج قابل للشفاء بالمعالجة النفسية بالمحادثة ولكنه معرض لخطر ازدياد حالته سوءاً بصورة واضحة في أثناء المعالجة حتى لو كان عابراً ومهما كانت الأسباب الكامنة.

إذاً إذا لم تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة نفسها غير صالحة إلاّ لما يسمى بمتعالجي يافيز Clients Yavis (شبان جذابون، أذكياء من الناحية اللفظية، ناجحون ; Glodstein, 1972 Young, attractive, verbal intelligent , Successful) ولا كذلك بالنسبة الذين تعتبر مسألة فيما إذا كانت المعالجة النفسية بالمحادثة مفيدة إلى حد ما أم لا ذات أهمية لديهم، وإنما تعتبر نفسها صالحة بالنسبة لأولئك المتعالجين الذين تبرز لديهم مسألة فيما إذا كانت المعالجة النفسية يمكن أن تضر بهم، والكيفية التي تضر بها بهم، عندئذ فإنها لن تمر بمسألة الاستطباب مرور الكرام.

من الجدير بالاهتمام هو أن المحاولة الكبيرة الأخيرة في العمل مع مرضى الطب النفسي بالمعالجة النفسية بالمحادثة قد جرت قبل أربعين عاماً. وقد كان اسم المشروع مشروع فيسكونسين Wisconsin-Project الذي بدأ في عام ١٩٥٧ ونشر كاملاً بعد عشر سنوات(Rogers, Gendlein, Kieseler & Truax, 1967). ولم تكن النتائج مشجعة من زاوية الأثر العلاجي العام (لم تكن هناك فروقا بين مجموعات الضبط ومجموعات المعالجة) وللأسف فإنه غالباً ما يتم استخدام هذه النتيجة كبرهان للادعاء بأنه لا يمكن معالجة مرضى الطب النفسي في المعالجة النفسية بالمحادثة.

ونريد الاعتراض على ذلك قائلين: لم يكن أساس المشروع ككل متمركزاً على المتعالج بوضوح وإنما كان متمركزاً على الطرائق. وقد تم بشكل خاص مراعاة كمال التصميم وتم تطوير وتجريب عدد كبير من مقاييس التقدير. ولم تتم عملية تحديد الفاعلية وفق الأفكار المضمونية (وهكذا فقد تم مثلاً إدخال اثني عشر مريضاً مشخصاً ((فصام مزمن)) مقيماً لفترة طويلة في المستشفى إلى مجموعة المعالجة).

وكنا قد أشرنا في مدخل هذا الكتاب إلى أنه يلاحظ في تطوير المعالجة النفسية بالمحادثة التخلي عن الإطار العيادي. وربما يكمن هنا سبب رئيسي في أن

المراجع العلاجية النفسية بالمحادثة الحديثة تغفل مسألة الاستطباب أو أنها تشير إليها بصورة هامشية (مثال: كتاب هارت وتوملسون ١٩٧٠ بعنوان اتجاهات جديدة في المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج New Directions in Client Centered Therapy، أو كتاب فيكسلر ورابس ١٩٧٤ بعنوان تجديدات في المعالجة المتمركزة حول المتعالج Client Centered Therapy Innovations in ، أو كتاب بافل ١٩٧٨ بعنوان المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج - التطور- المستوى الراهن -حالات Klientzentrierte Psychotherapie -Entwicklung gegenwaertiger Stand- Fallbeispiele).

على مستوى آخر فإن مسألة الاستطباب قد تم طرحها للنقاش من قبل بعض الباحثين ضمن المعالجة النفسية بالمحادثة. والسبب في ذلك يعود إلى اكتشاف أساليب علاجية منافسة. وتتم معالجة مسألة الاستطباب في هذا السياق باعتبارها سؤال عن تحديد المعالجة النفسية بالمحادثة عن هذه الأساليب الأخرى. فقد طرح مارتين (١٩٧٥) نموذج عصابات ونموذج صراع، يهدف إلى التمكين من الاستطباب التفريقي للمعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية. ويفرق مارتين بين العصابات على أساس نموذج الصراع لدولارد وميللر ١٩٥٠ و الصراعات المدفوعة داخلياً وخارجياً لشوبين ١٩٤٩. ويرى مارتين أن المعالجة النفسية بالمحادثة هي الأسلوب الناجح في العصابات القائمة على أساس من صراعات مدفوعة داخلياً وفي العصابات القائمة على أساس صراعات مدفوعة خارجياً يرى أن المعالجة السلوكية هي الوسيلة المثلى. وقد لاقى هذا المبدأ تجاوباً في ألمانيا أيضاً. وعلى ما يبدو فإن ذلك نابع من الوضع نفسه الذي يذكره مارتين كخبرة شخصية (المرجع السابق أعلاه، صفحة ١٣).

((كانت وظيفتي الأولى في المعهد النفسي وفي مركز الإرشاد في جامعة أيوا Iowa وهو معهد ذو اتجاه تعلمي نظري شديد. ومن خلال مناقشات نظرية طويلة وأحياناً مؤلمة اتضح لي أن مجموعة من الأسس النظرية للتفكير المتمركز حول المتعالج يصعب الاحتفاظ بها بالنظر للنتائج النفسية)).

كما وعبر مارتين عن رأيه أيضاً بمسألة مضاد الاستطباب ويعتقد بأن ثلاثة أنواع من الاضطرابات النفسية لا يمكن معالجتها بالمعالجة النفسية بالمحادثة:

(١) ردود الأفعال التي يمكن عزوها إلى إجهاد موقفي شديد.

(٢) السلوك السيكوباتي أو السلوك الشاذ acting out Behavior.

(٣) الفصامات و الذهانات

وقد برر ذلك بالتحديد بأن المعالجة النفسية بالمحادثة - وكما برهن هو فاعليتها نظرياً - عبارة عن أسلوب مخفض للقلق وأن القلق الناجم عن الصراعات لا يلعب دورا في هذه الاضطرابات.

وربما يكون هذا المبدأ ضمن الرؤيا التي ينادي بها مارتين حول تأثير المعالجة النفسية بالمحادثة قاطعاً. ولكن بما أننا نذهب من أنه ليس القلق فقط، وإنما أيضاً أشكال أخرى يمكن معالجتها بالمعالجة النفسية بالمحادثة فإن التوجه الذي عرضناه في المقطع السابق لطرح الاستطباب على أساس النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة أكثر شمولية. كما وأننا نذهب من تصور آخر حول الفاعلية غير الذي ينادي به مارتين (قارن الفصل III).

هذا ويمكننا فعلاً التمييز ضمن مجموعات ما يسمى بالمرضى الذهانيين بين مرضى قابلين للمعالجة من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة وغير القابلين للمعالجة بالمعالجة النفسية بالمحادثة.

لقد اهتم تاوش ١٩٧٣ بمسألة الاستطباب بشكل عارض فقط. ويرى أن المعالجة النفسية بالمحادثة فاعلة بشكل خاص مع متعالجين يعانون من تضرر عصابي

نفسي. فقد اختبر في دراساته قابلية المعالجة النفسية للاستخدام مع مجموعات غير عيادية مختلفة كالكبار في السن والمساجين والقضاة....الخ. كما وأنه لم يعالج مسألة المعالجة النفسية بالمحادثة بصورة كبيرة من منظور مسألة ما الذي تستطيع المعالجة النفسية بالمحادثة إنجازه كأسلوب شفاء عيادي. ويظهر هذا أيضاً في تحوله إلى مجموعات المواجهة Encounter- Groups وفي إعادة التسمية المبدئية للمعالجة النفسية بالمحادثة إلى المعالجة النفسية بالمحادثة المتمركزة حول المتعالج إلى المعالجة النفسية بالمحادثة المتمركزة حول الشخص.

و يعالج مينزل ١٩٧٤ صفحة ٨٧ وما بعدها مستوى آخر من مستويات مسألة الاستطباب. فقد تسائل ما هو المدخل الملائم لطرح مسألة الاستطباب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة وناقش في هذا الخصوص في عام ١٩٧٥ صفحة ١٨٨ وما بعدها الإمكانات الثلاثة التالية:

(١) الاستطباب عن طريق فئات تشخيصية نفسية.

(٢) الاستطباب من خلال الخبرة والإدراك الراهنين لحدث السيرورة العلاجية النفسية من خلال المتعالج و المعالج.

(٣) الاستطباب عن طريق تدوين السلوك الموقفي في سيرورة العلاج.

ويناقش مينزل أهمية هذه المبادئ الثلاثة ويستخلص أن المبدأين الثاني والثالث بشكل خاص مهمان بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة. وسوف نناقش ملائمة مبدأ استطباب محدد بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة فيما بعد.

لنلخص هذا المقطع: لم تتم مناقشة مسألة الاستطباب في المراجع العلاجية النفسية بالمحادثة في السابق بصورة كافية.

ونوقشت من خلال حجج مشكوك بها إلى حد ما. وقد عزونا المجال الضيق الذي تحتله المعالجة مسألة الاستطباب داخل المعالجة النفسية بالمحادثة اليوم إلى حد ما إلى أن باحثيها الطليعيين روجرز و تاوش قد تخليا عن الإطار العيادي الضيق، ذلك الإطار الذي تلعب فيه مسألة الاستطباب دوراً مهماً.

وعندما تعود مسألة الاستطباب اليوم في المعالجة النفسية بالمحادثة لاكتساب أهمية فذلك يحدث في صيغة أنه يتم البحث عن طرح تفريقي للاستطباب بالنسبة للمرضى العصابيين: من هو المتعالج الذي ينبغي له الحصول على معالجة النفسية بالمحادثة، وبالنسبة لأي مريض تكون طريقة أخرى في المعالجة أكثر ملائمة ؟.

٤. *أفكار وأبحاث حول التنبؤ بفاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة*

نعتقد بأنه قد اتضح في عرضنا حتى الآن بأن مسألة الاستطباب مرتبطة دائماً بصورة وثيقة مع مسألة ما الذي سوف يستفيد منه متعالج ما من معالجة ما وبأي نسبة احتمال. أي أن مسألة الاستطباب عبارة عن مسألة تنبئية دائماً. ولكن في هذا الإطار نريد التمييز بين مسألة استطباب ما بالمعنى الضيق ومسألة التنبؤ، وذلك من خلال قيامنا بتحديد التنبؤ:

نسأل عن التنبؤ عندما يهمنا أن نعرف ما هو احتمال أن تحقق المعالجة النفسية بالمحادثة نجاحاً علاجياً شبه كبير لدى مريض محدد. ويمكننا أن نطرح هذا السؤال بالتحديد عندما نكون قد حسمنا في البدء مسألة الاستطباب بالنسبة لمتعالج ما، أي عندما نكون قد استخلصنا أنه قد حقق المعايير التي تجعل منه قابلاً للمعالجة من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة أي:

إنه يعاني من عدم الانسجام ويدرك ذلك إلى حد ما على الأقل ويدرك كذلك عرض علاقة المعالج النفسي بالمحادثة وأن إزالة عدم الانسجام لديه سوف تقربه من حل مشكلته على الأقل بشكل جزئي.

فعند طرح مسألة التنبؤ تتحول المسألة النوعية إذاً - فاعل - غير فاعل - إلى مسألة كمية: أي ما هو الاحتمال الذي نتوقع فيه حدوث تعديلات فيما يتعلق بمتغيرات محددة وما هي هذه المتغيرات وبأي مقدار ؟

لقد قمنا في هذا المقطع بعرض التفريق بين الاستطباب والتنبؤ لأننا سوف نتعرض هنا لنتائج الدراسات التي تهتم بصورة غالبة بالتنبؤ بفاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة وفي الوقت نفسه سوف نذكر الأسباب التي تصعِّب الدراسات التنبئية وتجعل منها بدون نتيجة.

ويمكن القول بشكل عام فإن المقولات المستنتجة من الدراسات التنبئية تقوم على أساس عينات منتقاة بدقة، ألا وهي عينات تقوم على متعالجين:

١- قد وجدوا طريقهم إلى معالج نفسي،

٢- و أنهوا المعالجة أو استمروا في المعالجة إلى أن أمكن القيام بفحص تشخيص ثانٍ

٣- (استقصاء ما يسمى بالمعطيات البعدية).

كما وتقدم بعض الدراسات التي تهتم بالقطع المبكر للمعالجة drop out صورة عددية حول حجم الانتقاء السابق.

كانت نسب الانقطاع للمعالجة الفردية غير المركزية حوالي ٣١% و ٦٦%. و تتعلق هذه المعطيات من الأرقام بالكيفية التي يتم فيها تعريف معايير قطع العلاج. ويذكر رودولف (١٩٧٥) في دراسته على ١٧٣ متعالج بدءوا العلاج في مراكز إرشاد الجامعة بالمعالجة النفسية بالمحادثة بأن ٣٥% من المتعالجين أتوا للاختبار البعدي الذي أجري بعد ١٧ أسبوع من بدء العلاج. وبقدم الأرقام التي

قدمها شتور و دينكه (١٩٧٨) دلالـة أكبر فيمـا يتعلـق بـالحجم الحقيقـي لـسيرورات الانتقـاء. فمـن ٢١٤ مـريض حـضروا فـي إطـار مـشروع بحث علاجـي كبيـر إلـى الاختبـار القبلـي Pretest عـولج ٦٨ فقـط، وبعـد تـسعة أشـهر بعـد المعالجـة (موعـد المتابعة) توفرت معطيات كاملة عن ٤١ مريض فقط. وهذا يعني أن التنبؤ بالتـأثير طويل المدى في هذه الدراسة لم يتمكن من الاعتمـاد إلاّ علـى ٢٠% من المرضـى الأصـليين فقط. ونعتقد بـأن هذه الأعـداد يمكـن تعميمهـا علـى كثيـر مـن دراسـات المعالجة التي غالباً ما لا تفصح عن هذه الأعداد، علـى الرغم من أنهـا تقيِّد قابليـة المقولات التنبئية للتعميم.

أ) التنبؤ على أساس فئات تشخيصية نفسية وسمات اجتماعية

تتـوفر فـي المحيط النـاطق بالألمانيـة دراسـتان تجريبيتـان واسعتان تعالجـان التنبـؤ بتـأثير المعالجـة النفسية بالمحادثـة من خـلال فئـات تشخيـصية نفسية (كاختبـارات الشخصية أو تحديدات المشكلة). فقد درس ساندر (١٩٧٥) علـى ٥٦ متعالج مسألة فيما إذا كانت الاضطرابات التي تم تحديدها في بدء المعالجـة علـى مقـاييس مختلفـة من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجـه للشخـصية MMPI و اختبـار الشخـصية لآيزينـك Eysenck Personality Inventoryعلـى علاقـة بالتعـديل بعـد المعالجـة. وقـد ظهـر أن ((التعـديلات فـي أبعـاد الاختبـارات (الموضـوعية) وبـشكل خـاص فـي العـصابية العامـة كانـت قابلـة للتنبـؤ بـشكل ضـئيل جـداً فقـط مـن خـلال سـمات الشخـصية المدروسـة)) (المرجـع الـسابق أعـلاه، صـفحة ١٤٥). كمـا ولـم تظهـر فـي هـذه المجموعة التي كانت مكونة في غالبيتها من الطلاب أي ارتبـاط مـع الذكاء اللفظـي - مقاساً من خلال اختبـار LPS (هورن، ١٩٦٢) ومـع التعديلات اللاحقة الناجمـة عـن العـلاج. كمـا ولـم تؤكـد الفرضـية القائلـة للفاعليـة التفريقيـة للمعالجـة النفـسية

بالمحادثة المتمثلة في أن المرضى باضطرابات ما يسمى بعسر المزاج dysthymical (بمعنى آيزينك وراخمان، ١٩٦٧)يستفيدون من المعالجة النفسية بالمحادثة أكثر من المتعالجين الذين يعانون من اضطرابا سلوك أقرب للاجتماعي sociopathia وكذلك في الدراسة المذكورة سابقاً لرودولف ١٩٧٥ التي استندت إلى نتائج ١١٢ معالجة النفسية بالمحادثة لم تظهر أية علاقات أو ظهرت ولكن بصورة ضئيلة بين السمات التشخيصية النفسية بمقدار ما حصل عليها من خلال الاختبارات وبين الأثر النهائي للمعالجة. وعليه فليس من المفاجئ أن يصل كل من مينسل ١٩٧٥ و تاوش ١٩٧٦ بشكل متطابق إلى النتيجة القائلة: بأنه بسبب خصائص الاختبار القبلي لا يمكن الوصول إلى كواشف موثوقة ودقيقة بصورة كافية لنجاح المعالجة، غير أنه لابد من ملاحظة أن المعالجين النفسيين بالمحادثة لم يحاولوا حتى الآن القيام بتنبؤ من خلال مثل هذه الصفات النفسية التشخيصية التي تستند إلى رؤيا تفريقية للاضطرابات العصابية المختلفة كما أن هايغل ١٩٧٨ قد طرحها بالنسبة للمعالجة التحليل نفسية. وحول أسباب هذه النتائج غير المرضية في النهاية نريد طرح وبرهان ثلاث فرضيات:

١) كثير من سمات المتعالجين الذين يملكون تأثيراً على مجرى المعالجة النفسية بالمحادثة باحتمالية عالية لم يتم تحديدهم في هذه الدراسات التنبئية بصورة كافية من الناحية التفريقية

يشكل الذكاء مثالاً حول مثل هذه السمة. ويعتقد - ويمكن إثبات ذلك في حالات منفردة - لذكاء المتعالج تأثير أقوى على فاعلية العلاج. فكلما كان الذكاء أكثر انخفاضاً كانت الفاعلية أقل. إلاّ أنه عادة ما تكون مجموعات المتعالجين في المتوسط أعلى من متوسط قيم مستوى الذكاء في حدود ١١٠ (Rodolf, 1975). أما مستوى الذكاء الواقع أدنى من ذلك فهو غير ممثل.

بالإضافة إلى ذلك فإن كثير مكن الدراسات تنطلق من فرضيات مشكوك بها والارتباطات بين سمات الشخصية المدروسة وفاعلية العلاج هي علاقات خطية:

حتى أن الارتباطات الصفرية كذلك يمكنها أن تكون مظللة، إذا تم تغطية الارتباطات الواضحة في المجالات المتطرفة من خلال العلاقات غير الموجودة في المجال الوسط الواسع على سبيل المثال.

مثال آخر في إطار هذه الآراء يمكن استقاؤه من دراسات ساندر ١٩٧٥. فقد اختبر الفرضية التي يمكن افتراض صحتها سواء من الناحية المفاهيمية أم من خلال الخبرات التي تقول أن المتعالجين باضطرابات أقر للاجتماعية لا يظهرون تعديلات من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة أو أنهم يظهرونها بشكل طفيف وذلك بوساطة مجموعة مكونة من ثلاثة أرباعها من الطلاب والربع الباقي من الراشدين الذين يمارسون مهناً مختلفة. ويعتقد أنه في كلتا المجموعتين يتم العثور على متعالجين قلائل جداً فقط يمكن وصفهم بأنهم سوسيوباثيون.

٢) كثير من سمات الشخصية التي يتم دراستها في دراسات التنبؤ لا تمتلك أية علاقة بسيرورات التعديل التي يتم تبنيها في المعالجة النفسية بالمحادثة بحيث أنه لا يمكن توقع تنبؤاً لفاعلية المعالجة اللاحقة على أساس من سمات الشخصية هذه. وهذا ينطبق على أغلب سمات الشخصية التي يتم استقصاءها في اختبارات الشخصية المعَّيرة كاختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية واختبار فرايبورغ للشخصية أو أل16 - . وللأسف لا يتوفر حتى الآن سوى القليل من أدوات القياس التي تمكن قبل المعالجة من تحديد سمات المتعالجين التي لها علاقة نظرية على الأقل بحوادث التعديل في المعالجة النفسية بالمحادثة. ويمكن ((اعتبار قابلية المشاعر للتواصل)) أو ((نوع التواصل مع الذات)) و ((قائمة كيل للأعراض الحساسة للتعديل)) محاولات واعدة بالنجاح.

٣) كثير من سمات الشخصية لا تمتلك الثبات الذي يعزى لها. إنها تتغاير متعلقة بالموقف. ومراعاة التأثير المتبادل لمتغيرات الشخصية والمتغيرات الموقفية

يمكن من استشفاف السلوك. ومن اشهر الأمثلة على هذه العلاقة هو الطالب الذكي الذي ظهر بأنه ماهر Tutor في اختبار الذكاء غير أنه رسب في موقف اختبار. وتكتسب هذه الرؤيا في علم نفس الشخصية أو في علم النفس الفارق أهمية متزايدة، إذ يقترح ميشيل ١٩٧١ أنه من أجل استشفاف السلوك لا يكفي استقصاء سمات الشخصية التي يتم تصورها على أنها ثابتة وحدها وأنه لابد من تحديد الأسلوب الذي يدرك ويتمثل فيه الفرد العوامل الموقفية. وينصح على سبيل المثال بتصميم سمات مثل اتجاهات التوقع (مثال حول نجاح سلوك ما في موقف محدد) وبناءات شخصية (كيف تفسر الأحداث بصورة منتظمة وتحت أية وجهات نظر يتم ذلك) وتصورات القيمة الذاتية، ضبط الذات والمخططات التي يتعرف وينظم وفقها الإنسان نفسه بصورة منتظمة (مينسل، ١٩٧١، صفحة ٤٩٩ وما بعدها). وحسب معرفتنا فإنه لم يتم حتى الآن في البحث التجريبي لهذه المتغيرات التي تسهم في نجاح معالجة نفسية بالمحادثة سوى بحث توقعات المتعالج وحدها أو اتجاهاته.

ب) التنبؤ بفاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة من خلال خبرات المتعالج في الموقف العلاجي

للتنبؤ بالنجاح اللاحق للمعالجة أثبت مبدأ الاعتماد على ردود أفعال المتعالج على الموقف العلاجي النفسي بالمحادثة بشكل خاص بأنه المبدأ الأفضل. ويراعي هذا المبدأ تفاعل كثير من سمات الشخصية مع الموقف (قارن الفرضية الثالثة في المقطع السابق). وسوف نعود إلى بعض الدراسات في عرض هذا الشكل من التنبؤ طبقاً لتصوراتنا الأساسية حول فاعلية المعالجة النفسية بالمحادثة. ويتكون

هذا المبدأ من تحديد إلى أي مدى يكون متعالج ما قادراً على إدراك عرض علاقة معالج نفسي بالمحادثة باعتبارها علاقة مساعدة بحد ذاتها. في دراساتنا قمنا بتطوير مقياس أسميناه اختبار خبرات المتعالج[11] (أنظر اللوحة ١) الذي يقدم لكل متعالج بالمعالجة النفسية بالمحادثة بعد كل اتصال علاجي. لقد درسنا علاقة ردود أفعال المتعالج المثبتة في المقياس على الموقف العلاجي مع نجاح العلاج اللاحق.

تم قياس نجاح العلاج اللاحق بمساعدة توليف لتوقعات التعديل (فروق قبلية وبعدية) من مقاييس مقياس (العصابية والانبساطية والسيكوستانيا) وتقدير ذاتي عام للتعديل المرتبط بالمعالجة من خلال المتعالج ("ما مدى تغيرك من خلال المعالجة النفسية برأيك ؟") (قارن الفصل II)

ثمانية بنود من هذا المقياس (البنود رقم ٢، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١١، ١٦،) تمكن بصورة جيدة من الكشف بعد الاتصال الأول عن التعديلات العلاجية (ر = ٠،٥٣\ن = ٨٥ متعالج). ولا يستطيع المرء اشتقاق دليل استشفاف للممارسة العلاجية بشكل مباشر من نتيجة هذه الدراسة وذلك لأن الأمر يتعلق بتحديد تنبئي ومن جهة أخرى لأن نتائج لاحقة قد أظهرت أن خبرات مختلفة تمتلك في الاتصال العلاجي الأول قيمة استشفافية لدى متعالجين مختلفين. كما وقد اختبرنا فيما إذا كان التنبؤ الذي يتألف من ردود أفعال المتعالج على هذه الأسئلة الثمانية من مقياس المتعالجين يرتبط مع سمات الشخصية فلم نجد أية علاقات ترابطية دالة مهمة بين قيم الاستشفاف وقيم الاختبار القبلي للمتعالجين في العصابية والسيكوستانية والانبساطية والذكاء اللفظي ومن هذه النتائج نستنتج أن مقياس خبرات المتعالجين يقيس سمة خاصة للمتعالجين نسميها القابلية للاستجابة من خلال الموقف العلاجي النفسي للمحادثة. ومن حيث المحتوى تعني قابلية المتعالج للاستجابة المقاسة من خلال مقياس خبرات المتعالجين أن المتعالجين المتحسنين لاحقاً يستجيبون مقارنة

---

[11] كن الرجوع إ إيكرت ١٩٧٤ (قارن أيضاً شفارتس وإيكرت،١٩٧٦ ؛ إيكرت وشفارتس وتاوش، ١٩٧٧) .زيد من الوصف الدقيق لشروط الدراسات.

بالمتعــالجين غيــر المتحــسنين لاحقــاً إلــى الموقــف العلاجــي النفــسي بالمحادثــة باسترخاء جسدي أكبر وهدوء داخلي أكثر وقليل من الكف أمام المتعالج.

وباتجاه مشابه أظهرت دراسات رودولف ١٩٧٥ الذي وجد دليلاً آخر على أنه يتم التنبؤ بفاعلية العلاج بشكل أفضل إذا قيم المتعالج عرض العلاقة الذي يعرضه عليه المعالج .

الشكل (١): مقياس خبرات المتعالجين

الرمـــــــــــز .... الاســـــــــــم................................

عدد الجلسات العلاجية ككل.................................حتى تاريخ ....

المعالج في هذه الجلسة.......................................

يرجى الإجابة عن هذه الأسئلة حول الجلسة العلاجية التي تمت اليوم. يرجى الإجابة اليوم عن الأسئلة قدر الإمكان.

	٣ نعم تنطبق تماماً	٢ نعم	١ نعم إلى حد ما (أقرب للنعم)	ـ ١ على عكس ذلك إلى حد ما (أقرب للا)	٢ـ على العكس	٣ـ على العكس تماماً
١ـ أزعجتني فترات الصمت أثناء الجلسة.						
٢ـ شعرت أثناء المحادثة ـ وما أزال كذلك – بالاسترخاء الجسدي.						
٣ـ شعرت بعدم الثقة من خلال تحفظ المعالج.						
٤ـ بدت لي بعض مشكلاتي في جلسة اليوم من منظور جديد.						
٥ـ بعد جلسة اليوم أصبحت أكثر هدوءاً بطريقة ما.						
٦ـ أشعر بالخجل من قول كل شيء يشغلني للمعالج.						
٧ـ صَعُبَ علي اليوم التعبير عن مشاعري وأفكاري من خلال الكلمات.						
٨ـ أشعر بالاطمئنان من الأيام القادمة بعد هذه الجلسة.						
٩ـ لم ترضني ا الكيفية التي سارت بها جلسة اليوم.						

١٠- بعد هذه الجلسة أصبحت أكثر تفاؤلاً فيما يتعلق بحل مشكلاتي.						
١١- كانت محادثاتنا اليوم مكثفة إلى درجة أني أشعر الآن بالإرهاق.						
١٢- لقد تقدمنا اليوم بشكل ما.						
١٣- أشعر بالإرهاق (بأني مضغوط) بعد هذه الجلسة أكثر من الساعة السابقة للجلسة.						
١٤- لقد كسبت ثقة بنفسي من خلال هذه الجلسة.						
١٥- تطرقنا اليوم إلى مواضيع جديدة لم تكن تلعب حتى الآن أي دور.	*نعم*	*لا*				
١٦- في الأسبوع الماضي حدثت أشياء خارج العلاج، ساعدتني (إذا كانت الإجابة بنعم يرجى ذكر هذه الأشياء باختصار).	*نعم*	*لا*				

وتتوفر بين يدينا دراسة حول اختبار هذا المبدأ قام بها إيكرت وبيرمان - راتيان و بلونسكي و بيترز، ١٩٧٩. حيث أجريت محادثة (جلسة) أولى قبل المعالجة مع متعالجين تم تحويلهم من قبل أطباء مشفى طبي نفسي إلى المعالجة النفسية بالمحادثة. كان النصف الأول من هذه الجلسة عبارة عن جلسة استقصاء أو محادثة اتصال، والنصف الثاني أجري في شكل اتصال علاجي نفسي بالمحادثة. وعلى أساس من ردود أفعال المتعالجين على هذه المحادثة الأولى أمكن التنبؤ بشكل جيد بحق بفاعلية المعالجة اللاحقة. لقد ظهر أن استجابات المتعالجين على أسئلة مقياس خبرات المتعالجين كانت الكاشف الأفضل هنا. و لابد من الإشارة هنا إلى أن المعالج الذي أجرى الجلسة الأولى لم يكن نفسه الذي أجرى المعالجة اللاحقة. ومن هنا يمكن الاستنتاج أن التنبؤ بفاعلية المعالجة اللاحقة بوساطة استبانة خبرات المتعالجين لا ينتج على أساس تقييم نوعية الاتصال الأول بين المتعالج ومعالجه اللاحق وإنما على أساس ردود أفعال المتعالج على عرض العلاقة، مهما كان الشخص الذي يقدم هذا العرض.

باختصار يمكننا القول: على ما يبدو يوجد في التحديد الدقيق لردود أفعال المتعالج على الشروط الخاصة لموقف علاجي نفسي بالمحادثة الإمكانية الأفضل في الوقت

الراهن للتنبؤ بفاعلية العلاج. هذا التحديد يمكن رؤيته من خلال سؤال المتعالج عن الكيفية التي يشعر بها بخصوص عرض العلاقة العلاجية (مقياس خبرات المتعالج)وكذلك من خلال ملاحظة كيف يتصرف تجاه هذا العرض (سمات سيرورة المتعالج) (قارن الفصل II).

٥. الاستطباب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة على خلفية ما يسمى بنماذج الاستطباب

تأملنا وفكرنا حتى الآن بمسألة الاستطباب من وجهة نظر النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة، متى تكون المعالجة النفسية بالمحادثة مفيدة بالنسبة لمتعالج ما (الاستطباب Indication) ومن ماذا يمكننا التعرف على نوعية النجاح الذي يتوقعه متعالج ما مناسب للعلاج النفسي بالمحادثة من المعالجة (التنبؤ prognosis).

ونريد في هذا الفصل العودة إلى الآراء المعروضة سابقاً في الفصل الثاني والمتعلقة ببحث تفريقي للمعالجة كي نناقش من جديد وعلى خلفية تصورنا والتصورات المذكورة في المراجع حول معايير الاختبارات التفريقية والتي تشكل نموذج الاستطباب المناسب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة.

في النقاش الراهن للاستطباب تتم في الغالب مناقشة مسائل الاستطباب التفريقي. وهنا قلما يتم الاهتمام بمسألة فيما إذا كانت المعالجة النفسية عموماً مفيدة ومتى تكون كذلك. ويتركز الاهتمام الرئيسي بمسألة فيما إذا كان نوعاً محدداً من المعالجة بالنسبة لمتعالج محدد هو الشكل الأمثل من المعالجة (نموذج الاستطباب الانتقائي أو نموذج الاستطباب التنبئي)، أو كيف يمكن تصميم المعالجة بالنسبة لمتعالج معين بشكل أمثل (نموذج الاستطباب التوفيقي adaptive Indications model).

في نموذج الاستطباب الانتقائي يتم اختصار مسألة الاستطباب إلى مسألة التنبؤ. وهنا يتم السؤال عن ما هو نوع النجاح الذي يتوقع تحقيقه من إمكانات معالجة معينة في سمات مرضى واضطراب ومعالج وهدف محدد؟.

أما نموذج الاستطباب التلاؤمي فلا يطرح مسألة ملائمة أشكال المعالجة القائمة بالنسبة لمعالج محدد. وبدلاً من ذلك يسأل عن نسب العلاقات الديناميكية بين المركبات الجوهرية التي تسهم في تشكيل وفاعلية سيرورة علاجية بهدف التمكن من مثلنة سيرورة العلاج - المتجهة إلى هدف علاجي محدد - بصورة توفيقية. ويعزل نموذج الاستطباب التلاؤمي من أشكال العلاج القائمة تقنيات المعالجة والمعرفة المتوفرة داخل أشكال العلاج (أو المخمن أنه يتضمنها) حول العلاقات بين استخدام مثل هذه التقنيات و نجاحات معالجة محددة في مشكلة محددة.

ولحل مشكلة الاستطباب يعالج المبدءان ((التنبئي)) و ((التوفيقي)) هذه المسألة باعتبارها مسائل فاعلية. أما مسائل برهان فرضية الفاعلية فإنها تعالج في المبدأ التنبؤي باعتبارها مسألة الاحتمال، وفي التوفيقي باعتبارها مشكلات ينبغي حلها (أو ربما أيضاً لابد من حلها دائماً) عن طريق المحاولة والخطأ. كما وأنه لابد في المذهب التوفيقي من أخذ اقتراح باستين ١٩٧٦ بعين الاعتبار. فقد أبرز باستين من ((التقنيات)) العلاجية القائمة تأثيرات جديدة يمكن استخدام بعضها بحسب رأيه في المعالجة النفسية بالمحادثة أيضاً، منها على سبيل المثال المواجهة والإرجاع و التنشيط الذاتي. والمغري في هذا المبدأ مناداته بأنه يمكنه من تطوير منظومة قواعد حكم تمكن المعالج من الوصول إلى أي هدف في أي موقف ومع أي متعالج ومن خلال أية طريقة. غير أن مشكلة الاستطباب لا تصبح أكثر وضوحاً، بل أكثر تعقيداً من خلال ذلك. وإلى جانب الفكرة العملية فإنه على ما يبدو لا يمكن على الإطلاق الوصول إلى مثل هذه المنظومة من قواعد الحكم المختبرة، إذ أنه يحتمل

هنا أن يصبح العدد اللانهائي من التوليفات الممكنة لمتغيرات المعالج و المتعالج و سيرورة العلاج ومتغيرات الزمن صعباً على الإحاطة التجريبية. وهناك أيضاً اعتراضات أخرى على مثل هذه المبادئ. لنتأمل على سبيل المثال المعالج الذي ((لا يتقدم)) مع متعالجه، وبغض النظر عن السبب، ويريد ((الاستسلام)). إنه يستطيع من خلال هذا النموذج التوفيقي اللجوء بصورة مشروعة إلى ((تقنيات تأثير)) أو ((توليفات)) متجددة باستمرار لاستراتيجيات أو حتى أنه يستطيع وضع أهداف متجددة باستمرار للمتعالج أو مع المتعالج. وبهذا فإن نموذج التصرف والاستطباب يخرق مبدءاً جوهريا من مبادئ النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة. ففي المعالجة النفسية بالمحادثة يكون المعالج النفسي في الموقف نفسه دائماً الذي يكون فيه المتعالج من حيث أنه لا يستطيع أن يحدد تفهمه لمتعالجه إلاّ في سيرورة المعالجة. أما الاتجاهات العلاجية التوفيقية فهي تذهب من شروط أخرى، إذ يقرر المعالج فيها على أساس من معارفه حول العوامل والتعديل (قارن الفصل II و III) في سيرورة العلاج الكيفية التي يجب فيها معالجة المتعالج.

والمعالج النفسي بالمحادثة يقرر أيضاً. فهو يقرر مثلاً إلى أي مظهر من مظاهر التعبير التي عبر عنها المتعالج سيستجيب وبأية شدة يتعرض فيها إلى مشاعر المتعالج، وفيما إذا كان يستطيع إقامة علاقة بين ما يقال الآن وما قيل سابقاً غير أن مثل هذه القرارات هي قرارات أخرى غير التقرير حول استخدام تأثير محدد. ويشترط نموذج الاستطباب التوافقي استعداد المتعالج الائتمان على قيادة المعالج كخبير. إن إعلان هذا الاستعداد من قبل المتعالج للتعاون في العلاج والذي يسمى إبداء الدافع هو مسألة الاستطباب الوحيدة في الواقع، التي يطرحها نموذج الاستطباب التوفيقي. وكما ذكرنا مراراً (الفصل II و III) يعتبر نموذج الاستطباب التوفيقي جذاباً جداً لكثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة. غير أننا نرغب التأكيد

علـى أن هـذا النمـوذج مـن التفكيـر يفكـك المعالجـة النفسية بالمحادثـة إلـى تفاصـيل كثيرة منعزلة. ومعالجة نفسية بالمحادثة مفككة إلى أجزاء متفرقة لا تعود معالجة نفسية بالمحادثـة. فالمعالجـة النفسية بالمحادثـة لا تعرف علـى سبيل المثـال أهدافاً علاجيـة منعزلـة، عدا تعديل علاقـة المتعـالج بنفسه. والمعـالج الـذي يعمـل وفـق النموذج التوفيقي يؤثر دائما فيما يتعلق بالهدف المختار أو بالهدف الجزئي المختار للتعديل أما المعالج النفسي بالمحادثة فيؤثر فيما يتعلق بسيرورة التعديل.

٦. *الاستطباب في الممارسة العملية*

سوف نقترح فيما يلي من الحديث الحتمية العملية التي يمكن للمرء استخلاصها من الآراء النظرية المعروضة حتى الآن ومن نتائج الدراسات حول مسألة الاستطباب بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة.

(١) تقول المسألة الأولى المطروحة حول الاستطباب: عندما يلجأ متعالج إلينا أو إذا حُوِّل إلينا فإننا نسأل: هل المعالجة النفسية ضرورية عموماً؟

وكما سوف نعرض بإسهاب في الفصل السادس يسلك المرء عند محاولـة الإجابة عن هذا السؤال سلوكاً علاجياً نفسياً بالمحادثة قدر الإمكان. وهذا لا يعنـي أن يبدأ المرء مباشرة مع كل باحث عن الإرشاد معالجة نفسية بالمحادثة، وإنما أننـا نـسعى منذ البدء و دائماً للتفهم التعاطفي والأصيل والمقدر لما يحضره إلينـا المتعـالج ولمـا يرغبه و يحتاجه منا. فإذا لم يفصح المتعـالج بشكل عفوي عن ذلك فلا بد لنـا مـن سؤاله عنه. وهنا يمكن أن ينتج أن شخصاً آخر يرغب أن يجري المتعـالج تعديلاً يعتبره هذا الشخص ضرورياً أو ممكنـاً لشخصه ولـيس هـو علـى الإطـلاق الـذي يرغب بذلك. مثال: لا يحتاج اليافع الذي يزعج أمه لأنـه يـصبح بـاطراد أكثـر شبهاً بأبيه بالضرورة إلى معالجة نفسه. إذ ربما يكفي أن يسمح له أن يكون كمـا هـو وأن

ينفصل عن أمه إذا كانت لا تستطيع أن تتحمل منه ما لم يفق به الأب ربما في سنوات عديدة.

كما وغالباً لا تحتاج الزوجة المطلقة من زوجها إلى أي علاج نفسي إذا شعرت بأنها مرهقة ومنهكة بشكل مزمن بسبب عودتها للعمل من جديد إلى جانب عملها المنزلي وأطفالها الأربعة و مسؤولية أسرتها التي عليها أن تتحملها بمفردها. إذ يمكن لمحام ودعم مالي أن يقدما لها مساعدة أكبر من المعالجة النفسية.

وكذلك المتدرب الذي لا يستطيع التركيز فأرسلته أمه القلقة إلى الطبيب بسبب ((اضطراب سلوكه))، فإنه من الممكن أن يكون احتياجه لمعالجة نفسية أقل من احتياجه إلى تفهم بأنه لا يمكن للإنسان الذي يمارس مهنة لا تتلاءم مع رغباته ولا مع قدراته أن يبدع. وهنا يمكن للإرشاد المهني ومحادثة مع الأم أن يكونا أكثر فائدة.

(٢) فإذا توصلنا في محادثة أولى مع متعالج إلى نتيجة أن مفتاح حل مشكلاته موجود فيه نفسه، عندئذ تكون المعالجة ذات فائدة لشخصه. غير أن هذه المعالجة ليس بالضرورة أن تكون معالجة نفسية. فمن المؤكد أن عامل المرافئ الذي يعاني من ضعف في القراءة والكتابة الذي يريد أن يحقق استقلاليته كسائق تكسي والمهدد بالفشل بذلك من خلال عدم قدرته على الاسترشاد بسرعة بإشارات الطرق، ألا يستطيع العلاج النفسي مساعدته، بل من خلال التمرن على قراءة مصوَّر المدينة.

وسيدة الأعمال في سن اليأس التي تعيش تبدلاتها الجسدية على شكل حالات تظهر بشكل دوري من التوتر ونوبات الحرارة تكون مساعدتها بوساطة معلومات

شارحة مهدئة بالارتباط مع مهدئات خفيفة أفضل من المساعدة التي يقدمها العلاج النفسي.

والطالب ((غير الواثق من نفسه)) الذي وصل إلى حدود قدرته في الإنجاز في دراسته التي اختارها، ولا يحصل على الرغم من أسلوب عمله الممتاز على النتائج التي يطلبها من نفسه يستطيع الإرشاد الدراسي أن يقدم له خدمة أفضل من المعالجة النفسية.

(٣) الاستطباب بالمعالجة النفسية ليس مطابقاً للاستطباب بالمعالجة النفسية بالمحادثة.

لقد أشرنا بتوسع إلى أنه لا بد من توفر شروط ثلاثة، إذا كان للمعالجة النفسية بالمحادثة أن تكون مفيدة:

أ- لابد وأن يعاني المتعالج من عدم انسجام في خبرته، أي عليه أن يقف موقفاً رافضاً أو منكّراً أو مشوِّهاً لجزء من خبراته، لأنه لا يستطيع أن يتقبل هذا الجزء كجزء مناسب لذاته. وينبغي لعدم الانسجام ألاّ يكون كبيراً إلى درجة يمنع من قيام علاقة بين المعالج والمتعالج وبين المتعالج ونفسه. وهذا يعني بالتحديد: لا بد للمتعالج الاستجابة لمتعالجه انفعالياً بطريقة ما وعليه هنا أن يبدي بعض السبر الذاتي.

ب- حتى عند وجود عدم انسجام وقدرة على إقامة علاقة والسبر الذاتي فليس من المؤكد أن المتعالج سوف يتمكن من تقبل عرض علاقة المعالج (قارن مثال المتعالج الذي يمتلك غيرة مرضية صفحة ١٢١) . وكذلك عندما يستجاب ظاهرياً للتعاطف المُقَدِّر برفض قَلِقٍ وجمود بارد في البناءات المُعَقّلنة (مثال ((لا يمكن أن تجعلني غير مقتنع بأني لا أعاني من قصور في دماغي")) أو بتغطرس ضد رهابي (((إنه

لأمر مريح أنك تفهمني وأنك لطيف معي، ولكن بماذا يساعدني هذا الأمر في خوفي من قيادة السيارة. فحالتي تزداد سوءاً عندما أقود السيارة"))، فإنه من الصعب جداً تحقيق شيء ما من خلال المعالجة النفسية بالمحادثة..

ت- لقد عرضنا أنه على المعالج النفسي بالمحادثة أن يناقش مع مثل هؤلاء المتعالجين ردود فعلهم الانفعالية على موقف العلاج النفسي بشكل خاص. غير أن هذه المناقشات يضع له كثير من المتعالجين حدوداً قلقة وجامدة.

ث- حتى عندما يتقبل المتعالج عرض علاقة المعالج ويستجيب بسبر ذاتي متزايد فلا بد من التساؤل فيما إذا كان السبر الذاتي هدفاً يُطمح إليه بالنسبة للمتعالج، أي فيما إذا كان يساعد في حل المشكلات الجوهرية فعلاً. وهناك متعالجين يبحثون عن عرض علاقة المعالج إرضاء للمعالج. فكثير من المعالجين النفسيين بالمحادثة قد مروا بخبرة أن بعض متعالجيهم يعاملونهم بعد وقت قريب جداً وكأنهم طبيب المنزل أو قسيس أو صديقهم. وهذا كثيراً ما يحدث إذا لم يستخدم المتعالج السبر الذاتي بدرجة كبيرة للكشف عن إمكانات حل المشكلة ويستخدمه بدرجة أكبر كوسيلة للحفاظ على الاتصال بالمعالج، أي ليس للتعاطف الذاتي وهذا ما يلاحظه المرء غالباً إذا اصطدم المتعالج في سياق السبر الذاتي بمشكلات لا يستطيع حلها، أي عندما عليه أن يتحمل كيف أن الطالبة قليلة الجاذبية، والذكية والحساسة في الوقت نفسه تجد في معالجها رجلاً ترى فيه الصورة التي تتمنى لشريكها أن يكون، ولكنها لن تجد في حياتها اليومية شريكاً لها إلا

بصعوبة. لبس بسبب خجلها فحسب وإنما بسبب جاذبيتها الناقصة أيضاً.

(٤) نعتقد بأنه قد أصبح واضحاً -ومن هنا لابد من الإعادة باختصار هنا - بأن مسألة كون المعالجة النفسية مفيدة أم لا، لا يمكن الإجابة عنها من خلال الرجوع إلى منظومات تصنيف الأمراض أو المشكلات غير القادمة من نموذج المعالجة النفسية بالمحادثة. والإجابة عن مسألة استطباب المعالجة النفسية بالمحادثة ينبغي دائماً أن تكون من خلال تجميع ملاحظات حول الكيفية التي يستجيب المتعالج على عرض العلاقة العلاجي الذي يقدمه المعالج النفسي بالمحادثة وبأي شيء يستجيب. وبشكل عام فإن معطيات الاختبارات قليلة الملائمة لتقديم تنبؤ حول مخرج المعالجة النفسية بالمحادثة

(٥) من الممكن أن تكون مسألة الاستطباب - بعكس أشكال المعالجة الأخرى - غير مرتبطة بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة بمسألة فيما إذا كان يمكن شفاء متعالج أو تحريره من مشكلته من خلال العلاج. بل أن الاستطباب (الفاعلية) بالنسبة للمعالجة النفسية بالمحادثة يكون موجوداً عندما يحتاج متعالج ما إلى مساعدة للتعاطف مع ذاته - كشرط لتعديل الشخصية - مهما كان المدى والأهداف التي يمكن أن يقود إليها هذا التعديل في الشخصية.

(٦) إن ما أمكن اشتقاقه من أفكارنا النظرية حول الاستطباب في المعالجة النفسية بالمحادثة تم إثباته من خلال الدراسات التجريبية حول التنبؤ في المعالجة النفسية بالمحادثة. ((القابلية للاستجابة)) من قبل المتعالج إلى السيرورة العلاجية هي الخط الموجه الأفضل بالنسبة للاستطباب والتنبؤ في المعالجة النفسية بالمحادثة. المتعالجين الذين يستجيبون للمقابلة الأولى وبشكل خاص إلى

الأجزاء العلاجية النفسية بالمحادثة (المعالجة التجريبية) باسترخاء أو بتوتر جسديين و يتوتر أو استرخاء انفعاليين و باستعداد انفعالي ولفظي للمصارحة يظهرون باحتمالية عالية أنهم يستطيعون الابتداء مع المعالجة النفسية بالمحادثة. وحتى عندما يعبرون عن تصورات بأن جلسات من مثل هذا النوع تؤثر فيهم ويعطى الأمل بأنه في أي وقت من الأوقات سوف يتحسنون إذا شعروا بأنهم مُشَجَّعون من خلال تعابير المعالج لمواصلة المصارحة أو الاكتشاف لعلاقات في خبراتهم تبدو بشكل من الأشكال جديدة لهم، عندئذٍ يمكن للمرء أن ينطلق بثقة كبيرة من أن المعالجة النفسية بالمحادثة ستساعدهم إذا إن أفضل طريقة تتبؤ تكمن في الموقف العلاجي نفسه.

(٧) أما نجاح المعالجة النفسية بالمحادثة وبهذا أيضاً القرار حول فيما إذا كان ينبغي مواصلة المعالجة النفسية بالمحادثة فلا يمكن تحديدها من خلال تحقيق أو عدم تحقيق ما يسمى بأهداف العلاج الموضوعية - بمعنى نموذج الاستطباب التوفيقي - في المعالجة النفسية بالمحادثة. وطالما يستجيب المتعالج إلى عرض علاقة المتعالج بتعاطف ذاتي متزايد، تعتبر المعالجة النفسية بالمحادثة مفيدة وينبغي متابعتها.

(٨)

الفصل السادس

التصور المتمركز حول المتعالج في الخدمة الاجتماعية

قمنا حتى الآن بتقديم المعالجة النفسية بالمحادثة باعتبارها شكلاً من المعالجة النفسية. ولكن كما ذكرنا في المقدمة فإن مجال تطبيق التصور العلاجي النفسي بالمحادثة يمتد إلى أبعد من مجال المعالجة النفسية. ففي التربية والخدمة

الاجتماعية والتربية الاجتماعية والوعظ الديني بل وحتى في إدارة الأعمال، أي في كل مكان يتعلق فيه الأمر بالتعامل مع الناس، هناك محاولات لجعل العناصر الأساسية لهذا التصور ذات فائدة.

ونريد هنا التركيز على عرض إمكانات استخدام التصور المتمركز على المتعالج في مجال الخدمة الاجتماعية. ونذهب هنا من أنه لابد لكل عامل في المجال الاجتماعي ولكل طبيب وطبيب نفسي وكل معالج نفسي أيضاً ومعلم ورجل دين وكل نشاط اجتماعي أن يتقن ذلك.

وتعني الخدمة الاجتماعية العمل مع الناس الذين يعانون من صعوبات أو يجدون أنفسهم في موقف يحتمل له بعض الشيء أن يجر معه فيما بعد صعوبات. بكلمات أخرى لابد من القيام بالخدمة الاجتماعية دائماً عندما لا يعمل الأفراد أو مجموعة أو جزء من الجماعة بالشكل الذي يتوقعونه من أنفسهم أو بالشكل الذي يتوقعه الآخرون منهم أو يتوقعه منهم المجتمع. و الخدمة الاجتماعية تدرك دائماً هذه الوظيفة بغض النظر عما إذا كانت هذه الصعوبات من النوع المادي أم الاجتماعي أم النفسي وبغض النظر عن المكان الذي لابد فيه من البحث عن سبب هذه الصعوبات.

وبهذا تقف الخدمة الاجتماعية أمام تنوع لمهام مختلفة، لابد من التغلب عليها من قبل الفرد المؤهل فيها على شكل أقسام فقط. وعليه لا يتوقع من عامل الخدمة الاجتماعية الذي يسعى بنجاح للحصول على مساعدات مادية من مركز الخدمة الاجتماعية أن يتمكن بالكفاءة والفاعلية نفسها من المساعدة عند وجود مشكلة تفاعل في الأسرة؛ وعلى العكس فقد يتمكن معلم ما من ((تحرير)) طفل من سلوكه الملفت للنظر في الصف غير أنه عليه أن ينتبه عند تقييم السؤال حول فيما إذا كانت أسرة هذا الطفل تستحق الدعم السكني أم لا. ونظراً لتنوع المشكلات

وتوزع الكفاءات على أشخاص مختلفين ومجموعات مهنية مختلفة لابد للخطوة الأولى في الخدمة الاجتماعية المفهومة بهذا الشكل من أن تكون سؤال عامل الخدمة الاجتماعية لنفسه فيما إذا كانت المشكلة أو العرض أو الهم الذي يلجأ فيه شخص ما إليه هو أمر من اختصاصه وفق مهمته ووفق كفاءاته وحسب حق التصرف الذي يملكه حول إمكانات المساعدة أم لا.إننا نرى أن التصور العلاجي النفسي بالمحادثة يلائم بشكل خاص في التغلب على سيرورات القرار هذه أيضاً، أي في إيضاح مسألة فيما إذا كنت كفواً أم لا. وسوف نسهب في عرض هذا الرأي في هذا الفصل و نبرهنه.

تتيح ((المتغيرات الجوهرية)) العلاجنفسية بالمحادثة في مجال الخدمة الاجتماعية شكلاً خاصاً من الإدراك الذي يسهل الوصول إلى قرارات كفوءة. غير أنه ليس من الضروري ولا هو أمر مسؤول أصلاً محاولة القيام بمعالجة نفسية بالمحادثة مع كل متعالج. وبعد ذلك عندما يدرك المرء أنها لا تساعده فعلاً يتم التفكير بإمكانات مساعدة أخرى. وهنا سوف يتضح بالضرورة أن المعالجة النفسية المتمركزة حول المتعالج أو إدارة المحادثة المتمركزة حول المتعالج لا يمكن أن تكون أسلوب الخدمة الاجتماعية ولا يمكنها أن تصبح كذلك. وقبل أن نعالج وظائف التصور المتمركز حول المتعالج في الخدمة الاجتماعية نريد التعرض إلى مسألة لماذا لاقى هذا التصور انتشاراً واسعاً في مجال الخدمة الاجتماعية على الرغم من محدودية أهميته، ثم نناقش في الختام الفرق بين ما نسميه تحن معالجة نفسية وبين عروض المساعدة التي نفهمها على أنها عروض ليست علاجية نفسية، أي على أنها إرشاد بالمعنى الأوسع.

١ . جاذبيـة التـصور المتمركـز حـول المتعـالج للعامـل فـي الخدمـة الاجتماعية و التربية الاجتماعية

كما ذكرنا هناك طلب كبير من العاملين في الخدمة الاجتماعية والمربين الاجتماعيين حول إمكانات التدريب المستمرة في إدارة المحادثة المتمركزة حول المتعالج. ومن الممكن أن يكون إلى حد ما سبب هذه الجاذبية هو أن عروض التدريب المستمر لدى هذه المجموعة المهنية ما تزال نادرة إلى حد ما وبالتالي يتم استغلال كل عرض؛ غير أن ذلك وحده لا يكفي كتفسير.

أما الأسباب التي يمكن أن تلعب دوراً فهو ما سنلخصه على شكل فرضيات:

الأسباب الموجودة بشكل غالب لدى المرشد:

٦- يتلاءم التصور مع فرضية التساوي المبدئي للناس ككل فيما يتعلق بإمكانات تنمية الذات ويتلاءم مع الإشارة إلى المسؤولية الذاتية للفرد ومع مفهوم الإنسان لمجتمع يعتبر نفسه ديمقراطياً.

٧- إنه يخفض القلق من استغلال الإنسان للآخرين ومن تدخله بصورة غير محقة في حياة الآخرين؛

٨- إنه يحدد حدود مسؤولية المسترشد ويخلصه بهذا من ضغط الالتزام إلى درجة لا يستطيع تحملها؛

٩- إنه تصور مقبول إلى مدى بعيد كنموذج أساس لإدارة المحادثة، حتى من المعالجين السلوكيين والمحللين النفسيين؛

١٠- إنه يساعد غير المعالجين النفسيين في المواقف ذات الصفة العامة وذلك من خلال تمكينهم من القيام بالعمل نفسه مثل المعالجين النفسيين؛

١١- يقدم في فوضى نقاش الطرائق وما ينجم عن ذلك من عدم يقين في أثناء التصرف الملموس نموذج تصرف يبدو ظاهرياً سهل التعلم

والإحاطة؛ وبهذا يحرر هذا النموذج من الأفكار التشخيصية التي غالباً ما لا ينظر إليها على أنها مرهقة فحسب وإنما تعتبر لا أخلاقية على الأغلب؛

١٢- يساعد في التغلب على اليأس الذاتي تجاه تنوع المشكلة عند المتعالج من خلال الاعتماد على مسؤوليته الذاتية أو على الأقل يساعد في جعله سهل التحمل؛

١٣- يقدم أساساً لتقدير نوعية سلوك الإرشاد الذاتي من خلال معايير الصلاحية المتضمنة في التصور (سمات المعالجين) حتى بدون النجاح الحاصل.

١٤- يُقَدِّم للعامل في الخدمة الاجتماعية نموذج تصرف، في حين أن التحليل النفسي يكون بين يديه كنموذج تفسير بالدرجة الأولى؛

١٥- لا يعرف الفصل المبدئي بين الفرد السوي والمضطرب؛ وبهذا فهو يمتلك حق الوجود خارج مجال المعالجة النفسية.

أما الأسباب التي تراعي بشدة اهتمامات المتعالج فهي:

١٦- يجاري التصور طموحات الاستقلال عند الإنسان؛

١٧- إنه مُساعِد ومقبول من أجل التعرف على خبراته بصورة أكثر دقة؛

١٨- تخلق المعالجة المتمركزة حول المتعالج شعور ((بالأنا)) ؛

١٩- يجعل المتعالج أكثر تحرراً من الخوف تجاه خبرته؛

٢٠- يُبقي من خلال عدم التوجيه على توتر أكثر خصوبة من مجرد النصح البسيط ؛

٢١- يساعد في تجنب التعلق؛

٢٢- يبني للمرشد حاجزاً لرؤية أن قيمه وحلوله مناسبة له وحده؛

٢٣- يمنح المسترشد شعوراً جميلاً ((بأنه مفهوم))؛

٢٤- يمكنه أن يعني ((فترة استراحة)) ليس عليه فيها أخيراً أن يصد الهجوم من الداخل والخارج عن مفهوم ذاته؛

إذاً يمكن الاستنتاج أن التصور المتمركز حول المتعالج يجد صدىً لدى العاملين في الخدمة الاجتماعية في مجال التربية الاجتماعية.

٢. *حول الفرق بين الإرشاد والمعالجة النفسية*

قدم التصور المتمركز حول المتعالج في ألمانيا - بصورة مغايرة لما هو الأمر عند روجرز - باعتباره علاجاً نفسياً. غير أن العاملين في مجال الخدمة الاجتماعية و في مجال التربية الاجتماعية لا يقومون بمعالجة نفسية لمتعالجيهم. وحتى إن حاولوا ذلك بعد أن يكونوا قد أجروا تأهيلاً ((إضافياً)) مناسباً فإنهم غالباً ما يفشلون محبطين مع متعالجي الخدمة الاجتماعية[١٢] ويمكن للمرء وصف مجال الفاعلية للعاملين في الخدمة الاجتماعية بالمعنى الأوسع كفاعلية للإرشاد. ولكن أين تكمن الفروق الخاصة بين المعالجة النفسية والإرشاد ؟

لقد شغلت مشكلة تحديدهما مجموعة من الباحثين بدون أن يتوفر حتى الآن حلاً مقبولاً باعتباره حلاً وحيداً. وسوف نقوم بعرض الآراء حول هذه المشكلة؛ ولابد

[١٢] يبدو أن ا شكلة عامة؛ وهناك اولات بشكل خاص لتسليح ا دمة الاجتماعية الفق ة بالنماذج النظرية وإرشادات السلوك ا لموسة باستخدام أساليب علاجية كما يتضح ذلك كتاب هوفمان ١٩٧٧ ت عنوان ((الطرائق العلاجية ا دمة الاجتماعية)).

للمقولات التالية حول العلاقة بين المعالجة النفسية والإرشاد النفسي أن تكون ممثلة تعليمياً لتنوع الرؤى:

لم يطور اتجاهان علاجيان واسعا الانتشار - المعالجة النفسية بالمحادثة والمعالجة السلوكية - (حتى الآن) تصورات خاصة بالإرشاد. فبالنسبة لهما فإن القانونيات التي تحدد التصرف العلاجي وتأثيراته لدى المتعالجين في كل المواقف التي يتعلق فيها الأمر بتعديل السلوك الإنساني هي نفسها. فروجرز مثلاً قد سمى أحد كتبه الصادرة في عام١٩٤٢ ((العلاج النفسي والإرشاد)) دون أن يميز بين هذين المجالين من النشاط.

فإذا تم التفريق بين الإرشاد والمعالجة النفسية، فعادة يتم ذلك وفق واحد أو أكثر من المعايير الأربعة التالية. وهنا يفهم مصطلح ((الإرشاد)) بشكل مختلف، كما ويتم تضمين الإرشاد أهدافاً مختلفة:

(١) نوع وشدة الاضطراب: فوفق رؤيا واسعة الانتشار يعتبر العلاج النفسي فاعلاً في اضطرابات (الشخصية) ((الشديدة))، في حين أن الإرشاد يعتبر مناسباً في المشكلات الراهنة ((الخفيفة)).

(٢) ويرتبط بالنقطة الأولى بشكل وثيق أن أهداف التأثير من خلال الإرشاد والمعالجة النفسية مختلفة. إذ يفرق هوبين (Houben, 1975، صفحة116) بين استعادة ((كفاءة الوظيفة الكاملة لوظائف الأنا الشاملة)) (أي مثلاً الإدراك والتفكير والتذكر والتمييز وضبط الذات والواقع) من خلال المعالجة النفسية والتقوية الخاصة للأنا مباشرة بالنسبة لسيرورات القرار الصعبة في مواقف الأزمات من خلال الإرشاد (صفحة ١٢٣ وما بعدها). وأحياناً يعتبر الإرشاد بديلاً لمعالجة نفسية لازمة في الواقع؛ عندئذ لا تكون مهمته الاستعادة الكاملة أو إعادة بناء شخصية المتعالج، وإنما التخفيف العابر - وضمن ظروف معينة

- للوضع الراهن. وبهذا المعنى يكون الإرشاد قابلاً للمقارنة مع محاولة تأجيل إجراء عمل جراحي من خلال المعالجة الدوائية أو للحلول مكان العملية الجراحية التي لم يعد بالإمكان القيام بها.

(٣) نوعية التأثير العلاجي: حتى عندما نذهب من أن المبادئ الفاعلة في الإرشاد والمعالجة النفسية هي نفسها أو متشابهة، فإنه يتم التفريق بين كلتا الطريقتين من المساعدة. فمن المفترض أن كلتا الطريقتين تتطلبان تأهيلاً مختلفاً. ويرى بيركينز (Bierkens, ١٩٧٣، صفحة ٢٢): ((إن العلاج النفسي يملك هدفاً خاصاً و يشترط خبرة خاصة. أما في إدارة المحادثة.....فهذا موجود بدرجة ضئيلة جداً !)).

(٤) نوع الإجراء وسمات الموقف الخارجي: بالفعل يمكن هنا من هذا المنظور ملاحظة وجود فروق واضحة بين المعالجة النفسية والإرشاد.

وسوف نقوم بعرض بعض هذه الفروق بدون مراعاة المضامين النظرية الكامنة ورائها:

العلاج النفسي Psychotherapy	الإرشاد Counseling
١. يستمر لفترة أطول.	- يقتصر في الغالب على فترة زمنية قصيرة.
٢. يشترط دوافع قوية للمتعالج	- عليه في الغالب أن يتصرف بدون وجود دوافع كافية عند المسترشد.
٣. يحدث بشكل منتظم.	- يحدث عادة في فترات متباعدة (عند الحاجة).
٤. يعمل بشكل أساسي مع مواد لا شعورية.	- يتخلى عن الاستخدام الهادف للمواد اللاشعورية.

٥. أقرب إلى عدم التوجيه.	- يحتوي على إجراءات توجيهية إلى حد ما.
٦. يقوم على التفاهم الحر بين المعالج والمتعالج.	- غالباً ما يجري بتكليف مؤسساتي.
٧. يعمل من خلال العلاقة الوثيقة ويستخدم النقل والنقل المعاكس.	- يحتفظ بالعلاقة متباعدة. لا يتم التعرض للنقل والنقل المعاكس بصورة هادفة.

ونريد أن نضع هذه الإمكانات من التفريق بين العلاج النفسي والإرشاد مقابل تفريق آخر مشتق من فهمنا للمعالجة النفسية (بالمحادثة):

إننا نفهم مصطلح ((الإرشاد)) بمعنى واسع جداً؛ إنه يشتمل على كل الإجراءات - غير العلاجية النفسية - من المساعدة المتخصصة مهنياً في حل المشكلات الإنسانية. وضمن هذا الإرشاد يقع عدد كبير من الإجراءات التربوية والتدريبية والرعاية والمساعدات الداعمة أو المواسية...الخ. وتتميز كل هذه الإجراءات بأنه من خلالها يتم تقديم عرض علاقة محدد للمسترشد ؛ وتتم المحافظة على هذا العرض من العلاقة طوال مدة الإرشاد - وهذا يمكن أن يستمر أيضاً لبقية حياة المسترشد - ولا يصبح نفسه موضوعاً لسيرورة العلاج.

بالمقابل يتم القيام بالمعالجة النفسية (بالمحادثة) بهدف معالجة تعامل المتعالج مع عرض علاقة المعالج (وبهذا أيضاً - كما كنا قد أظهرنا - علاقة المتعالج بنفسه)، بهدف تعديل العلاقة العلاجية وعلاقة المتعالج مع نفسه.

غير أنه لم يتضح بعد بهذا الاقتراح للتمييز بين الإرشاد والمعالجة النفسية متى يكون العلاج النفسي ملائماً ومتى يكون الإرشاد هو المناسب. سوف نعالج هذه المسألة في سياق السؤال عن وظيفة التصور المتمركز حول المتعالج في العلاقات غير العلاجية النفسية non - psychotherapy في المقاطع التالية:

٣. حول قابلية التصور العلاجي النفسي بالمحادثة للاستخدام في الخدمة الاجتماعية

عرضنا حتى الآن رؤيتنا حول أن المعالجة النفسية لا بد وأن تختلف عن الإرشاد وأكدنا على أن السمة الفاصلة هي العمل في علاقة المتعالج بنفسه في العلاج النفسي.

بالإضافة إلى ذلك نحن ندَّعي أن التصور المتمركز حول المتعالج له مكانته ليس في العلاج النفسي فقط وإنما في كل شكل من الإرشاد، بل أنه لا يمكن التخلي عنه. ولبرهان هذا نريد الاقتراب أكثر من الفرق بين المعالجة النفسية والإرشاد من زاوية التصور المتمركز حول المتعالج. إننا نميز بين إجراء معالجة نفسية بالمحادثة والسعي إلى موقف علاجي نفسي بالمحادثة في العمل مع الناس.

يتميز إجراء المعالجة النفسية بالمحادثة بكون المعالج متعاطفاً بطريقة منسجمة و مُقَدِّرة؛ ويتألف تصرفه من المصارحة فقط عما فهمه من خبرة المتعالج ومن

مرجعيته التي يقيم متعالجه من خلالها خبرته. وتطلق على هذا التصرف في ألمانيا تسمية ((التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية)) (قارن الفصل I).

فإذا كان العلاج النفسي غير فعال فإن هذا التصرف لن يكون غير مساعد فحسب وإنما مظلل كذلك؛ إذ يحتمل أن يعاش كشيء هزلي Farce يوضحه المثال التالي - المتطرف إلى حد ما -:

تصور أن يسألك عابر في الشارع عن الطريق إلى محطة القطارات. فهذا العابر إذاً يملك مشكلة، وقد استنجد بك لتنصحه. وقد سمعت شيئاً ما عن المحادثة المتمركزة حول الشخص. ولهذا تجري معه محادثة من النوع التالي:

العابر: هل تستطيع أن تدلني أين تقع محطة القطارات؟

المرشد: إذا كنت أفهمك بشكل جيد، فأنت غير متأكد أين تقع محطة القطارات في هذه المدينة؟

العابر: أجل، أجل هذا ما قلته؛ ولكن أتستطيع أن تصف لي الطريق إلى هناك؟

المرشد: هل هذا صحيح، بأنك تتوقع مني معلومة دقيقة؟

العابر: يا إلهي هل تريد السخرية مني ؟ أسألك شيئاً ما وأنت تلف وتدور !

المرشد: أستشف من تعبيرك بعض الغضب، هل أنا على حق؟

ومن المتوقع في هذا النوع من إدارة المحادثة أن العابر سوف يتأخر عن موعد القطار.

ويوضح هذا المثال بطريقة واضحة أن التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية يمكن أن يكون أداة غير ملائمة على الإطلاق لحل المشكلات. ولكن كيف يحصل أن الكثير من العاملين في المجال الإرشادي والعلاجي ((يعبِّرون بطريقة لفظية)) أو حتى ((يترجمون)) بشدة في كل المواقف الممكنة (وغير الممكنة) ؟

لنتأمل مثال محطة القطارات مرة أخرى بدقة ولسوف نستنتج أن ((المعالج)) في الواقع قد فهم ((محطة القطارات)) فقط؛ وعلى الرغم من أنه ((يعبِّر)) بصورة جيدة ولكنه لم يفهم ما الذي ((يريده)) المتعالج منه بالفعل. بكلمات أخرى: لقد أضاع ((المعالج)) الاستجابة بصورة تعاطفية للمتعالج ؛ كما وأنه قد ((نسي)) مطلب تحقيق التقدير، وعلى أية حال ليس من المتوقع أن يشعر ((المتعالج)) بأنه مقبول؛ كما وأن ((المعالج)) قد تخلى عن أن يكون أصيلاً، إذ أنه لا يدرك أن علاقته ((بالمتعالج)) غير سليمة ؛ وعلى ما يبدو فإن ((المعالج)) يملك مشاعر (ربما مشاعر عدم اليقين وبأنه مغلوب على أمره) تجاه هذا العابر، مشاعر يخفيها خلف التعبير الملموس تقنياً. فلو كان المرشد المسؤول متعاطفاً بطريقة أصيلة و مُقَدِّراً لكان ببساطة قد دل العابر إلى طريق محطة القطارات. فالتعاطف إذاً يمكن أن يعني ((التعبير)) كفهم غير ملائم والتخلي عنه طبقاً لذلك بهذه الصياغة نرغب أن نوضح أنه لا يجوز للتعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية أن يكون هو التعبير الوحيد للمتغيرات الجوهرية للمعالجة النفسية بالمحادثة - أي كجزء تكاملي للتصور إن صح التعبير -، وإنما إن تحويل نتيجة الجهد التعاطفي إلى مصارحة لغويّة للمتعالج هي عبارة عن صيغة للتعبير عن السعي إلى التعاطف المقدر والأصيل بطريقة مفيدة بالنسبة للمتعالج. وهذه الصيغة مقبولة عندما - وعندما فقط - يتعلق الأمر عند متعالج ما بعلاقته بنفسه وينسجم أكثر مع ذاته، أي تكون مناسبة فقط عندما يكون لا بد من التعبير عن الموقف العلاجي النفسي بالمحادثة من خلال صيغة التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية.

إن ما يميز التصور المتمركز حول المتعالج هو سعي شريك المحادثة (المعالج \ المرشد) إلى الفهم الأصيل والمقدر غير المشروط للمتعالج - حتى عندما لا يظهر ذلك في التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية. ونطلق على السعي إلى هذا الفهم

تسمية الموقف العلاجي النفسي بالمحادثة أو الموقف المتمركز حول المتعالج. إننا لا نقصد بهذا الموقف سمة في الطبع للمرشد أو المعالج وإنما اتجاهاً فاعلاً نحو متعالج ملموس في موقف ملموس.)

يمكن ملاحظة كم يحدث أن يتم الخلط بين الفهم والتعبير في كثير من مواقف الصراع (كالصراعات بين الشريكين وبين الزملاء). فإذا ((عبر)) زوج بطريقة التمركز حول المتعالج عن اتهامات زوجته ويستاء إضافة إلى ذلك، بحيث أن ((هذا السعي للفهم)) يجعل زوجته أكثر حنقاً، عندئذٍ على المرء أن يوضح له أنه لا يتصرف بصورة أصيلة ولا مُقَدِّرة بتعابيره، وإنما يتهرب من زوجته وبهذا من المواجهة مع نفسه. إن الموقف المتمركز حول المتعالج في هذا الموقف سوف يعني أن المرء يفهم أن زوجته تواجه العلاقة معه وليس علاقتها بنفسها، بحيث يتقبل مشاعرها تجاهه وبأن يتساءل - لأنه يشعر بعلامات من عدم التقبل لديه - ما الذي تسببه له مشاعر زوجته هذه وماذا تعني له.

الموقف المتمركز حول الشخص كما يوضحه هذا المثال أيضاً وكذلك تطبيقه في العلاج النفسي لا يعني ((كن لطيفاً مع المتعالج))؛ إنه دائماً مطلب المرشد \ المعالج من نفسه بأن يفهم ما الذي يجري في المتعالج وما الذي يتمناه وما الذي يخيفه...الخ، وبأن يتقبل ما الذي فهمه من المتعالج وأن ينقب عن طريق التعاطف الذاتي في ردود فعله الانفعالية الخاصة على المتعالج عما يعيقه لفهم المتعالج وتقبله (قارن الفصل I و II). وربما تكون ماهية الوظيفة التي يمكن أن يمتلكها التصور المتمركز حول المتعالج في الإرشاد قد اتضحت من خلال هذا العرض. وسوف نتوسع فيما يلي من الحديث في هذه الوظيفة ونجسدها من خلال الأمثلة.

والحالة التالية تشبه - ظاهرياً - إلى حد ما مثال محطة القطارات:

في الواقع يمكن للمرء مشاهدة السيدة العجوز التي تعيش في الطابق الأرضي من بناية ما دائماً عندما يمر من أمام مسكنها واقفة عند النافذة ؛ وفي فترات متقاربة أحياناً ومتباعدة أحياناً أخرى تسأل العابرين من أمام مسكنها عن الساعة؛ وعادة ما تحصل على المعلومة المرغوبة بدون أن يظهر بعد ذلك أي تعديل على سلوكها.

ولنضع أنفسنا مكان مرشد متمركز حول المتعالج ولنتأمل ما الذي يعنيه مطلب الموقف المتمركز حول المتعالج بالنسبة للمرشد في هذا الحال الملموس:

الانسجام: كما عرضنا في الفصل الأول يفهم تحت مطلب الانسجام بشكل خاص أن المرشد مدرك لمشاعره أو يمكنه أن يصبح مدركاً لها. وفي هذا المثال يعني هذا الأمر بالنسبة للمرشد إلى حد ما، إنه سوف يدرك أنه دائماً يشعر بالرغبة في أن يمر أمام السيدة بسرعة قدر الإمكان عندما يلتقي بها. ومن الناحية ((الموضوعية)) فإن هذا أمر غريب، فهي لا تسأل إلاّ عن الوقت فقط، فلماذا إذاً ردة الفعل الانفعالية الشديدة هذه ؟

فإذا ما تأمل المرشد أحاسيسه بدقة فسوف يكتشف عندئذٍ: إني أعرف أن هذه السيدة لا يهمها الوقت على الإطلاق بالدرجة الأولى؛ و لابد أن يكون لها مطلب آخر، قد تكون نتيجته أكبر بالنسبة لي وإلاّ لما كنت أرغب في أن أمر من أمامها بسرعة كبيرة قدر الإمكان. هذه السيدة تثير في داخلي شيئاً ما، ليس له أي سبب مباشر في البدء. إذا فالمرشد يمكن أن ينظر لخبرته الخاصة، إذا كان صريحاً كنوع من الأداة لإدراكه، التي تساعده في أن يعرف عن الآخر أكثر مما يُخْبِرهُ هذا الآخر بكلماته.

التعاطف: بعد أن واجه المرشد ردود فعله الانفعالية الخاصة بهذه الطريقة يمكنه الاهتمام المرجعية الذاتية لهذه السيدة ثانية، وأن يكتشف رغبتها بالتواصل. وفي اللقاء التالي لا يخبرها عن مجرد الوقت فحسب وإنما يظل واقفاً لفترة قصيرة.

وتبدأ السيدة تحدثه بأنها تملك هذا المنزل ولا تستخدم فنه إلاّ غرفة واحدة فقط، وأنها لم تعد تستطيع المشي كما كانت في السابق وأنها كانت تذهب مراراً إلى الكنيسة أما اليوم فهي لم تعد تعرف أي شخص.

وتدفعها محاولات المرشد لفهم ما تقصده للتطرق بشكل مباشر إلى وحدتها. بكلمات أخرى: يمكنها التخلي عن الطريق المُرَمَّز من خلال السؤال (" كم الساعة") و التطرق مباشرة لمشكلاتها ومعايشتها.

التقدير غير المشروط: كمرشد يفهم ما الذي تريده هذه السيدة في الحقيقة، و لا يعود يدركها بأنها غريبة الأطوار كما في السابق؛ ففهمه يتيح له ؛ أن يتقبلها أكثر، رغبته في الجري بسرعة من أمامها، تصبح أقل. إنه يشعر بأنه حر ومقرر فيما إذا كان يملك مزاجاً ووقتاً لمواصلة الحديث مع السيدة.

غير أن وضعها ما زال كما هو لم يتغير، بغض النظر عن إمكانات الحديث مع المرشد وما قد يرتبط بذلك من ارتياح. والخطوة الثانية يمكن أن تكون في التفكير مع المرأة بالإمكانات المتاحة لإخراجها من وحدتها، وربما مرافقتها عند التنفيذ لأول مرة لهذه الإمكانات إلى مطعم للكبار في السن مثلاً.

ويتضح من خلال هذا المثال بعض وظائف الموقف المتمركز حول الشخص والتي تتمثل في:

١- السعي لفهم ردود الأفعال الانفعالية الذاتية (التعاطف الذاتي) كإمكانية لفهم الآخرين بصورة أفضل.
٢- فهم وتقبل شريك المحادثة كمساعدة من أجل تحقيق إدراك أفضل لذاته وصراحة أكبر تجاه الخبرة.
٣- فهم الآخر كشرط للتمكن من تقبله.

ويقود هذا المثال إلى ملاحظة أخرى أيضاً إلا وهي إن المشكلة التي تشكل مناسبة للمرشد من أجل الإرشاد، ليست على الأغلب هي المشكلة التي تكون المساعدة ضرورية بالنسبة لها في الواقع. لنتصور متعالج ما يدرس في المعهد اختصاص

علم الاجتماع، وبعد وقت قصير يلجأ إلى مركز الإرشاد الطلابي لأنه غالباً ما يأتي إلى جلسات السيمينار متأخراً، بدون أن يتمكن من القيام بشيء تجاه ذلك؛ عدا عن ذلك يعاني من صعوبات في ((عمل الاستمارات)) اللازمة أثناء الدراسة الأساسية. وعلى الرغم من حضوره للكثير من المحاضرات - على الغالب يأتي متأخراً - فإنه لم يقدم في الفصل الثاني أية استمارة على الإطلاق. ويعزو ذلك إلى ظروف الدراسة غير الملائمة وإلى كثير من الانشغال في وقت فراغه (إلى عمله السياسي المكثف مثلاً).

يمكن للمرشد أن يكون قد حاول بعد هذا العرض وضع برنامج دراسة مع هذا الطالب يحتوي على تقييد لنشاطه خارج المعهد وعلى مكافآت ذاتية للحضور إلى السيمينارات في الوقت المناسب. بالإضافة إلى ذلك اقترح المرشد مايلي:

١- إنجاز محاضرة بالمشاركة مع طلاب آخرين من أجل تحقيق دافعاً إضافياً وضغطاً خارجياً.

٢- البحث عن موضوع يرتبط مع التزامه السياسي بعلاقة وثيقة يمكنه إنجازه بسهولة.

٣- و لأنه يشعر بأنه أكثر ثقة من الناحية اللفظية أفضل من الكتابية فيمكنه أن يشترك في حلقة دراسية عند أستاذ يثق به بصورة كبيرة.

٤- مراجعة الأستاذ الذي يريد تقديم الامتحان لديه والتحدث معه حول صعوباته بهدف إيجاد حل ممكن.

وعلى هذه الاقتراحات أجاب الطالب:

بالنسبة للنقطة الأولى:

((إني لا أعرف أحداً يملك اهتمامات مشابهة لاهتماماتي))

بالنسبة للنقطة الثانية:

((أتعرف: إن ما يمكنني قوله لا يمكنني من خلاله التقدم في هذا المعهد)).

بالنسبة للنقطة الثانية:

((إنها إمكانية جيدة بحد ذاتها ولكن الأستاذ الوحيد الذي يمكنني الذهاب إليه فعلاً يعالج مواضيع لا تهمني)).

وحول النقطة الرابعة:

((قلما اعتقد أنه يوجد لدينا أستاذ مستعد للاهتمام بمشكلاتي بصورة مكثفة، بالمقدار الذي هو ضروري !)).

ربما يكون في كل هذه المقولات شيء صحيح؛ إلاّ أن الأكثر احتمالاً هو أن رفض كل الاقتراحات يمكن عزوه إلى أنها تمس المستويات الخاطئة. إذ أنه يمكن أن يتعلق الأمر بالكيفية التي يمكن بها للطالب أن يأتي بها إلى جلسات السيمينار، وإنما ما الذي يمنعه من عدم الرغبة في الحصول على الاستمارات.

لم يقم المرشد المتمركز حول المتعالج في هذا الموقف بطرح أية مقترحات أخرى كما وأنه سوف يفهم الرفض العفوي لكل إمكانات حل المشكلة كتصريح واضح للطالب حول نفسه؛ إن سعيه التعاطفي لفهم هذا التصريح ربما سيقود إلى المحاورة - المُمَثّلة - التالية:

المرشد ((إنك ترفض كل مقترحاتي؛ الواقع إنك يائس ولم تعد تؤمن بإمكانية قدرتك على إنهاء جلسات البحث بنجاح)).

المتعالج: ((لا، ليس لذلك بالفعل أية فائدة؛ حتى عندما أحصل على استمارة في جلسة بحث، ماذا بعد ذلك ؟)).

المرشد: ((ألن يخفف ذلك عنك شيئاً))

المتعالج: ((أجل، وهكذا علي أن أعذب نفسي حتى نهاية الدراسة))

المرشد: ((ألا يجعلك الأمل بإنهاء الدراسة أكثر تفاؤلاً ؟))

المتعالج: ((لا، إذ ماذا سيحصل بعد ذلك؟ بطالة ! وحتى عندما أجد عملاً فلا أعتقد بأنني سأكون سعيداً ضمن ظروف العمل هذه بالنسبة لعامل في الخدمة الاجتماعية))

المرشد: ((إذا كنت قد فهمتك جيداً فإنك في الواقع لا تريد هذه المهنة أبداً ؟))

تعقب الطالب والمرشد في هذه الجلسة ((ما الذي يعيقني ؟))، وأمكن بالنتيجة بالتعاون مع المعالج اكتشاف أنه في الواقع قد رغب دائماً بدراسة الفيزياء - حيث

حصل في هذه المادة على نتائج جيدة باستمرار وحظي بسبب ذلك باهتمام كبير من والده الذي كان من جهته يتمنى لو كان فيزيائياً - إلاّ أنه على أساس من التزامه السياسي شعر بأنه من واجبه أن يحقق أهدافه في مهنة اجتماعية. بالإضافة إلى ذلك تهيأ له بأنها خيانة لو أنه كان قد التزم بنشاط مضاد للمفاعلات النووية ودرس في الوقت نفسه اختصاصاً مرتبطاً يرتبط بصورة وثيقة مع ((التقدم)) الذي يقاومه. ولهذه الأسباب كانت رغبته بدراسة الفيزياء قد ((ضاعت)) بشكل كامل؛ ولم تنسجم مع مفهومه عن ذاته ومن هنا كان عليها أن تُزال من الخبرة المقبولة، إذا كان لها ألاّ تهدد باستمرار وجود مفهوم الذات.

فإذا أمكن جعل الرغبة الأصلية للطالب واضحة ثانية، وأمكن كذلك تقبل هذه الرغبة، فإنه سوف يتمكن عندئذٍ من أن يستبين لنفسه في محادثاته اللاحقة مع المرشد فيما إذا كان من المناسب أن يكمل دراسته في الخدمة الاجتماعية (ربما بهدف دراسة الفيزياء فيما بعد والبحث لاحقاً عن مجال عمل يستفيد فيه من معارف كلا المجالين)، أو فيما إذا كان من الملائم القيام بالتبديل الفوري لدراسته.

إن وظيفة إدارة المحادثة المتمركزة حول المتعالج التي عرضت هنا هي وظيفة تعقب المشكلة وجعل المعنى الحقيقي للمشكلة واضحاً للمتعالج وبهذا فتح الطريق لإمكانات الحل المناسب.

وتوجد إمكانية خاصة لتعقب المشكلة بمساعدة الموقف المتمركز حول المتعالج في أن هذا الموقف ينمي إدراكاً وفهماً لردود أفعال المتعالج على إمكانات الحل المتوفرة أو المقدمة من المرشد. فعندما يفهم المعالج - كما في هذا المثال - أن دفاع المتعالج ضد اقتراحات الحل ليست شيئاً غير التأثير الغامض لرغباته غير المقبولة من قبله ذاته (لأنها تهدد مفهوم ذاته)، وعندما يفهم المرشد من خلال ذلك هذه الرغبات ويساعد المتعالج على فهم وتقبل هذه الرغبات أيضاً، فإن عدد

الأفكار والرغبات والأحاسيس المتوفرة لدى المتعالج سوف تكبر، وعندئذ تصبح الأفكار والقرارات الجديدة ممكنة على هذا الأساس الأوسع.

إلاّ أنه يندر أن تحل المشكلة بحد ذاتها مع مثل هذه الخطوة اللاحقة من إيضاح مشكلة باحث عن الإرشاد. إذ يمكن لطالبنا هنا أن يعاني من اضطرابات تركيز أيضاً، و وأن يكون قد لاحظ عدم القدرة الغريبة هذه في عدم التمكن من الحضور بصورة مبكرة لجلسات السيمينار . ويمكن لهذا أن يعني: أنه على الرغم من أنه قد أدرك بأنه يملك رغبة دراسة الفيزياء إلاّ أنه يشعر بشكل ثابت، وإن كان الأمر في البداية على شكل أعراض، بأنه يرفض بشدة أن يكون شبيهاً بوالده، ويرفض تنمية رغباته طبقاً لذلك. عندئذ كانت هذه المشكلة ستشكل كاشفاً للمعالجة النفسية. وبغض النظر عنا إذا كان المرشد نفسه كفوأً لذلك وقادراً (زمنياً من ناحية مهمته) على إجراء المعالجة النفسية بنفسه فعليه هنا طرح فاعلية المعالجة النفسية التي تتمثل في:

ظهور أن مشكلة الطالب هي مشكلة نفسية ويجب توقع حل المشكلة من خلال إزالة عدم الانسجام بين مفهوم الذات والخبرة الذاتية، وأن يظهر مجرى الإرشاد أن المتعالج يستطيع الاستجابة لعرض علاقة المرشد المتمركز حول المتعالج (قارن الفصل V).

تروي عاملة في الخدمة الاجتماعية المثال التالي:

راجعتها مسترشدة في أثناء أوقات المراجعة للاستعلام حول إمكانية مطالبتها بحق الحضانة بعد طلاقها الذي تنوي القيام به. فشرحت عاملة الخدمة الاجتماعية للمسترشدة الشروط والطرق التي عليها أن تسلكها، فشكرتها المسترشدة وذهبت. فقد مكن الموقف المتمركز حول المتعالج عاملة الخدمة الاجتماعية من إدراك أن هذه المرأة لا تريد فعلاً سوى المعلومات وهي لم تنساق ـ مدفوعة بمشاعرها

الخاصة التي نمتها عند تصورها أن تكون مكان المرأة - بطريقة غير ملائمة. فذلك لم يكن مرغوباً ومطلوباً من المسترشدة، من أجل الاهتمام بالمشاعر التي تمتلكها هذه المرأة في سياق عملية الطلاق على أساس من حقيقة أنها تحتاج المطالبة بحق الحضانة.

وكان الأمر سيكون موضوعاً آخر لو أن المسترشدة قد بقيت جالسة بعد الشرح الذي قدمته عاملة الخدمة الاجتماعية. وربما تعتقد هذه أن المسترشدة لم تفهم الشرح وتعيد مرة أخرى هذا الإيضاح. عاملة الخدمة الاجتماعية لا تفهم لماذا لم تتصرف المسترشدة بعد؛ وتفكر بالعمل الذي ينتظرها بعد أو تصبح حانقة وتوضح للمسترشدة بأنه عليها أن تنجز أعمالاً أخرى.

في مثل هذه الحالة يمكن للموقف المتمركز حول المتعالج والمستمر للمرشد أن يعني أنها لو سألت نفسها ما الذي جعلها غاضبة في الاحتكاك مع هذه المسترشدة. إن ما لاحظته بأنها ما تزال تملك الكثير من العمل كان ولا بد وأن يوضح لها بأنها قد أحست بشدة، بأن هذه السيدة أرادت الحصول على معلومات أكثر أو على أية حال على شيء آخر غير الذي حصلت عليه.

فلو أنها تمكنت من تقبل رغبة المسترشدة هذه لكانت قد علمت من خلال استفسارها أن السيدة لا تهتم بإمكانية الحصول على حق الحضانة وإنما تريد مساعدة في توضيح مسألة فيما إذا كانت بالفعل تريد الطلاق أم لا.

ومن هذا المنظور تتألف وظيفة الموقف المتمركز حول المتعالج من طلب الصراحة تجاه الرغبات الخاصة (أو بشكل عام: تجاه الخبرة الخاصة) ومن الاقتراب أكثر من المشكلة الحقيقة للمسترشد من جهة، ومن جهة أخرى من تقديم إمكانية للمسترشد لمواجهة هذه المشكلات الفعلية. وبهذا يتم إنجاز الأساس

للمساعدة المقبولة الذي يمكن أن يتألف من إجراءات مساعدة أو أيضاً من معالجة نفسية وذلك حسب نوع المشكلات.

لنفترض أن المسترشدة قد أبلغت عاملة الخدمة الاجتماعية أنها تحتاج إلى مساعدة في شرح مسألة فيما إذا كانت تريد الطلاق أم لا.

تذهب عاملة الخدمة الاجتماعية من الفرضية الأساس للمعالجة النفسية بالمحادثة والقائلة أن الفهم المتعاطف يساعد الآخر، لرؤية مشكلاته بشكل أكثر وضوحاً وبأنه كلما أصبحت المشكلات أكثر وضوحاً تصبح إمكانات حل المشكلات دائماً أكثر وضوحاً. وبعد خمس جلسات تكتشف عاملة الخدمة الاجتماعية بأن اتخاذ القرار بالنسبة لها نفسها وبالنسبة للمسترشدة يصبح دائماً غير ممكن. إنها تحس بأنها ترغب لو لم تأت المسترشدة اليوم أو لو أنها نفسها تعاني من الزكام كي تتمكن من تأجيل الموعد. وأصبح من الواضح لها أن المتعالجة قد قدمت لها طوال الجلسات الخمس حججاً قاطعة بأنها في وضع حرج وأن الشخص الذي يمكن له أن يساعدها لم يولد بعد. ويصبح من الواضح لعاملة الخدمة الاجتماعية أن المسترشدة في الواقع لم تتحدث معها على الإطلاق فيما إذا كانت تريد الطلاق أم لا، وإنما حول القرار غير المعقول المطلوب منها. فعاملة الخدمة الاجتماعية لم تقم من خلال طريقة المعالجة النفسية بالمحادثة بإجراء معالجة نفسية بالمحادثة مع المتعالجة هنا.

فلو أنها تصرفت فعلاً بطريقة المعالجة النفسية بالمحادثة لكانت اهتمت أقل بكشف المشاعر المؤيدة والمعارضة للطلاق، واهتمت أكثر بالأهمية التي تعطيها المسترشدة للوضع المتمثل في أنه على المسترشدة أن تتخبط مع مثل تلك المشاعر المتناقضة. لقد اكتشفت عاملة الخدمة الاجتماعية في اتصالها الملموس مع المسترشدة

بأن هذه المرأة لا تحتاج إلى مساعدة رسمية ولا إلى التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية لحل صراع ما، وإنما تحتاج إلى تفهم متعاطف بأنها مشغولة بخبرة غير منسجمة، أي أنها تحتاج إلى معالجة نفسية.

أما عدم الانسجام فيتمثل هنا في أن المسترشدة لا تدرك حنقها حول أنه عليها الاختيار بين أمرين كريهين، باعتباره مشكلة انفعالية، وإنما باعتباره مطلباً عقلياً. فهناك الكثير من الحجج الجيدة في الوقت نفسه بالنسبة لكلا الاختيارين. وهنا تساعد المعالجة النفسية بالمحادثة على الفهم ((الأسلم)) من خلال كشف ردود الأفعال الانفعالية الخاصة على مشكلات المسترشدة واقتراح معالجة نفسية بالمحادثة كإمكانية مساعدة مقبولة.

ومن خلال وصف وظيفة الموقف المتمركز حول المتعالج في الجلسة الإرشادية يكون قد اتضح أن العامل في الخدمة الاجتماعية الذي تعلم المعالجة النفسية بالمحادثة لا يمكنه الاقتصار على التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية؛ ومن النادر أيضاً أن تكون هذه هي مهمته فيما يتعلق بالمشكلات التي يواجهها إلا في الحالات النادرة فقط؛ بل عليه أكثر أن يتخذ قرارات ولا يمكنه أن يتهرب من هذه القرارات حتى بمساعدة التصور المتمركز حول المتعالج.

وحول ذلك نقدم المثال التالي:

يلاحظ معلم كيف تراجع إنجاز التلميذة البالغة من العمر ١٢ سنة خلال سنة واحدة، وقد اكتشف مؤخراً بأنها أصبحت تحضر مرهقة للمدرسة وبدون تركيز. وعندما اكتشف أنها توزع في الصف أقلام أحمر الشفاه والتي لا يمكن أن تكون قد اشترتها من مصروفها الخاص حسب علمه بوضع أسرتها المادي، سعى إلى لقاء مع الأم التي لم تأت إلى المدرسة على الإطلاق.

فقام المعلم بناء على ذلك بإبلاغ مركز رعاية الشباب، حيث كلف هذا بدوره عامل الخدمة الاجتماعية بزيارة الأسرة.

فعلم أن الأب كحوليٌ وأن الأم مرهقة بوضوح مع أطفالها الأربعة، أكبرهم تلميذتنا، التي تولت مسؤولية رعاية أخوتها الأصغر ببديهية كبيرة. لقد اتضح لعامل الخدمة الاجتماعية أن الأمر لابد وأن يتعلق في هذا الوضع من تحرير البنت الكبرى من مهماتها التي كانت قد أخذتها عن أمها. وحاول مناقشة هذا الهدف الذي وضعه في ذهنه؛ واستخدم هنا مبادئ إدارة الحادثة المتمركزة حول المتعالج.

عامل الخدمة الاجتماعية: ((كانت نتائج ابنتك في الفصل الثاني من السنة سيئة كما وأنها....))

الأم مقاطعة: ((نعم إني يائسة، فقد ارتكبت ثلاث سرقات....!)) (تبكي الأم).

عامل الخدمة الاجتماعية: ((إنك يائسة و تشغلين بالك بشدة))؟

الأم: ((أنا لا أعرف فعلاً كيف علي أن أتحمل هذا أيضاً؛ لم أكن أظن ذلك، إذ أننا متفاهمين جداً !))

عامل الخدمة الاجتماعية: ((تشعرين من خلال خيبتك بأنك منتهية ؟))

الأم ((نعم)) (تنتحب) ((زوجي يشرب، والأطفال مرضى باستمرار، و هاهي الآن تسرق ! إنها سندي الوحيد !))

عامل الخدمة الاجتماعية: ((أفهمك هنا بصورة صحيحة، إنك لا تستطيعين تدبير أمورك بدون ابنتك ؟))

الأم: (يصبح البكاء أعلى) ((إذا أردت أخذها مني، أم لماذا أتيت في الواقع ؟ إنك لا تريد إرسالها للملجأ ؟ سوف أفقد أعصابي وعندئذ ما الذي سيكون عليه أمر أطفالي ؟))

في هذه النقطة يتضح أن عامل الخدمة الاجتماعية بسعيه للتعبير عن تفهم متعاطف في مشاعر المرأة لم يقترب من هدفه في الحديث مع الأم حول مشكلات ابنتها. فلو استمر في دفع الأم ((للتعبير)) فإن ذلك سيكون تأثيره على الابنة في إزاحة الوصول إلى قرار حول وضعها. فعامل الخدمة الاجتماعية لن يستطيع حل مشكلة ((كيف أساعد الابنة))؟ من خلال التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية.

في هذه المحادثة مع الأم أصبح قلقاً ومتوتراً وشعر بقلة الحيلة؛ عدا عن أنه أدرك بألم بأنه اليوم لم يجد وقتاً أيضاً كي يتناول الطعام. وعندما يفهم مشاعره من خلال ردود أفعال الأم يمكنه فجأة من فهم إلى أي مدى تشعر ابنة هذه المرأة بالاستسلام وكم هو مدى رغبتها من أن تطلب من أي جهة أخرى غير الأم ما يمتعها؛ أي أنه فهم لماذا تسرق.

إن تطبيق مبادئ المعالجة النفسية بالمحادثة على الشخص نفسه – وعلى عكس التصرف العلاجي النفسي بالمحادثة على المتعالج – بين له إذاً أنه في محاولته لإيجاد مساعدة للبنت عليه التخلي عن تعاون الأم.

و يوضح هذا المثال أن التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية يمكن أن يكون أداة غير مناسبة لحل المشكلة، و هنا يؤجل أو يزيح اتخاذ القرار ولكن لا يساعد على اتخاذه.

لنفترض أن عامل الخدمة الاجتماعية في مثالنا قد قرر بعد تفكير ووزن ناضجين للاهتمامات المختلفة اقتراح إسكان الفتاة عند أسرة ترعاها. ويجد مركز الرعاية أسرة ملائمة ويتحسن إنجاز الفتاة ولم تعد هناك أية سرقات، غير أن الفتاة تبلغ عامل الخدمة الاجتماعية خطياً وشفهياً أنها لم تعد تستطع صد أفكار الانتحار. فيدعوها عامل الخدمة الاجتماعية إلى جلسة:

عامل الخدمة الاجتماعية: ((كتبت لي بأنه عليك باستمرار التفكير بالانتحار))

الفتاة: ((نعم هذا صحيح، أريد العودة لأمي))

عامل الخدمة الاجتماعية: ((أتريدين العودة إلى المنزل ثانية؟))

الفتاة: ((نعم، علي مساعدة أمي))

عامل الخدمة الاجتماعية: ((إنك ترغبين بمساعدة أمك))

الفتاة: ((ليس ذلك وحسب، بل لا أريد الذهاب إلى المدرسة، فأنا لا أحتاج لذلك، أريد أن أصبح مربية أطفال، وهذا يمكن للمرء القيام به بعد الصف التاسع))

عامل الخدمة الاجتماعية (متذكراً مهمته بأن عليه اتخاذ قرار): ((إنك لا ترين أية فائدة إذاً في البقاء لدى أسرتك التي ترعاك وإنهاء المدرسة الثانوية ؟))

الفتاة: ((لا لم يعد هناك داع للبقاء عند الأسرة التي ترعاني))

عامل الخدمة الاجتماعية: ((إنك لا تشعرين بالراحة هناك))؟

تهز الفتاة كتفيها وتصمت

عامل الخدمة الاجتماعية: ((لا تريدين الحديث حول ذلك ؟))

تستمر الفتاة بالصمت

عامل الخدمة الاجتماعية (بعد فترة صمت)

((انظري، إني لا أستطيع مساعدتك إذا لم تقولي لي ما الذي يدور في داخلك !))

وفي جلسة الإشراف الذاتي Supervision يتضح أن عامل الخدمة الاجتماعية كان غاضباً جداً عندما واجه الفتاة بأن المرء لا يمكنه مساعدة شخصا لا يقول شيئاً. كما واتضح له بأن غضبه قائم من أنه يريد في كل الأحوال أن تبقى الفتاة لدى أسرتها الراعية، غير أنه يخاف من فقدانه ثقة الفتاة به. إذا صارحها بما قرره. بكلمات أخرى لا حظ أنه لا يستطيع الاحتفاظ بثقتها إلا إذا خضع لشروطها فقط. إذاً فقد فهم ـ بصورة قابلة للملاحظة من خلال غضبه ـ شيئاً جديداً عند الفتاة، ألا

وهو: لا أريد الحديث معك حول البقاء في منزل الأسرة الراعية، الأمر الذي ربما يكون في صالحي؛ أي لا أريد مساعدتك في قرارك في أن أبقى عندها.

إذاً فالموقف العلاجي النفسي بالمحادثة جعل عامل الخدمة الاجتماعية يرى أن عليه اتخاذ قراره في الإبقاء على الفتاة لدى الأسرة الراعية بغض النظر عن قرارها. فإذا امتلك وقتاً ومزاجاً وكفاءة لإجراء اتصالات علاجية نفسية بالمحادثة مع هذه المسترشدة فإنه بإمكانه الاستجابة إلى عرض العلاقة الذي تقدمه له الفتاة، وربما أمكنه من خلال ذلك مساعدتها وأمكن أن يتضح من تلقاء ذاته أن الفتاة نفسها ترغب بالبقاء لدى أسرتها الراعية غير أنها تشعر بأن ذلك خيانة لأمها وبأنها لا تستطيع أن تثق بشخص بشكل حقيقي طالما خانته بهذا الشكل؛ وأنه كان من الأفضل لها أن تختبئ خلف قرار شخص آخر.

فإذا أدرك عامل الخدمة الاجتماعية الموقف المتمركز حول المتعالج وأيد مطلبها فإنه يمكنه في كل وقت أن يسأل نفسه محاولاً كشف فيما إذا كان يعامل مسترشده بشكل متفهم ومتقبل ومنسجم من خلال ما يفعله أو ما يريد أن يفعله له أو فيما إذا كان عرض علاقته تعبير عن أو ناجم عن عدم القدرة على الفهم وعدم القدرة على التفهم والانسجام. إنه يستطيع بمساعدة الموقف المتمركز حول المتعالج أن يدرك كيف يستجيب المسترشد انفعالياً على عرض علاقته ويجعل من هذه ردود الأفعال بالتحديد معياراً لفيما إذا كان قد وصل إلى المسترشد بهذه العروض المُساعِدة عموماً، وفيما إذا كانت هذه العروض تستطيع مساعدته.

ولا يستطيع عامل الخدمة الاجتماعية - بعكس المعالج النفسي - في العادة أن يجعل من عرض علاقة المسترشد وردود أفعاله على عرض العلاقة العلاجية المحتوى الوحيد لمحادثته مع المسترشد؛ إذ ينبغي للعامل الاجتماعي أن يقوم بعرض علاقة مختلف كليّة من خلال مهمته عن المعالج النفسي: إنه مُقَرِّر

ومُراقِب ووصي بتكليف من مؤسسته وفي هذه الوظيفة يقّم بالضرورة عرض علاقة للمسترشد لا هو متمركز حول المسترشد ولا غير توجيهي. فالعامل في الخدمة الاجتماعية الذي يتبنى موقفاً علاجياً نفسياً بالمحادثة اكتسب بالدرجة الأولى أداة إدراك وليس أداة علاجية. فإذا أخذ عامل الخدمة الاجتماعية الطفل من أمه فإنه سوف يثير في الأم مشاعر ليست شيئاً آخر غير ردود أفعال على تدخله المفاجئ في حياتها؛ فإذا أراد أن يمارس تأثيراً على هذه المشاعر (كتهدئة الأم أو مواساتها فإنه لن يستطع أن يعتبر نفسه معالجاً نفسياً) عليه أن يعتبر نفسه عندئذ شخصاً يريد لوظيفته الإدارية أن تسير بشكل مخلص قدر الإمكان ووعي بالمسؤولية وبدون صعوبات أيضاً، أي تنشأ بين عامل الخدمة الاجتماعية والمسترشد علاقات بعكس العلاقات بين المعالج والمتعالج التي أطلقنا عليها تسمية علاقة علاجية نفسية (قارن الفصل I).

إن مشاعر عامل الخدمة الاجتماعية في هذا المثال هي مشاعر متعلقة بالمشاعر التي يثيرها في الأم إنه يمكنه أن يشعر بالراحة فقط عندما ينجح بأن تشعر الأم بالراحة. فالمهمة المؤسساتية هي إذاً عبارة عن حد لا يمكن تجاوزه لإمكانات كل مرشد في أن يكون معالجاً نفسياً، سواء كان عامل خدمة اجتماعية أم طبيباً أم قسيساً أم نفسانياً يعمل في الرعاية النفسية المدرسية أو في السجون.

فلنلخص هذا الفصل من خلال تطبيق الأفكار الرئيسية لهذا الكتاب - متتبعين فصوله - على مجال العمل الاجتماعي:

ينبغي للعاملين في الخدمة الاجتماعية الذين (يريدون) يعملون مع التصور المتمركز حول المتعالج ألاّ يتعلموا التعبير عن محتويات الخبرة الانفعالية كتقنية

يواجهون بها مسترشديهم وإنما عليهم أن يتعلموا أن يتخذوا موقفاً يطبقونه على أنفسهم بالدرجة الأولى (قارن الفصل I).

المعالجة النفسية بالمحادثة من حيث المبدأ ليست أداة تقود من خلال التماس تقنيات محددة لدى المتعالجين إلى التغلب على أعراض محددة؛ بل أنها تصف كيف تنمو علاقة بين المعالج والمتعالج وكيف أو من خلال أي شيء تتعدل هذه العلاقة و توضح بأن المتعالج يتغير في سيرورة هذه العلاقة بدون أن تعطي ماهية التعديلات الملموسة التي يجب أن يتم توقعها. وهذا يعني أنه لا يمكن في مجال الخدمة الاجتماعية استخدام ((تقنيات)) المعالجة النفسية بالمحادثة بديلاً عن إجراءات تعديل السلوك إذا كان لابد من تحقيق تعديلات محددة لدى مسترشد ما (قارن الفصل II).

المعالجة النفسية بالمحادثة ليست نموذج علم نفس تعلمي ولا نموذج علم نفس نمائي. إنها تصف الشروط اللازمة والكافية للكيفية التي يتغير وينمو فيها الناس من خلال العلاقة التي يقيمونها مع بعضهم البعض، أي أنها عبارة عن نموذج علاقة علاجية. ومن خلال ذلك تقدم للعامل في الخدمة الاجتماعية إمكانية أن يستوضح ماهية المشكلات والحاجة للمساعدة التي تتحكم بالباحث عن المساعدة وعن النصيحة و ماذا يعني وجودها والتغلب عليها بالنسبة للمتعالج وذلك من خلال الإدراك الدقيق لعروض العلاقة التي يقدمها المسترشد ومن خلال إدراك ردود أفعال المسترشد على عروض المرشد (قارن الفصل III).

ًعند تطبيق النموذج العلاجي النفسي بالمحادثة في الخدمة الاجتماعية لا يمكن أن يتعلق الأمر ((بالتعبير)) عن مشاعر المسترشد (بإعادتها، بترجمتها) وإنما يجب أن يتعلق الأمر بفهم ماهية العلاقة التي يملكها المسترشد بمشاعره (المشكلات)من خلال الموقف العلاجي النفسي بالمحادثة. وغالباً ما يمكن التعرف على ذلك من

خلال العلاقة التي يقيمها بالمتعالج، ومن خلال ردود الأفعال الانفعالية التي يثيرها لدى المعالج. ويعني ذلك بالنسبة للعامل في الخدمة الاجتماعية بأنه يمكنه أن يحظى من خلال ردود فعله الذاتية على المسترشد بالفهم لما يريده المسترشد بالفعل.

إن اكتشاف ما الذي يريده المسترشد بالفعل شرط ضروري لإيجاد إمكانات مساعدة مناسبة

(قارن الفصل IV).

وعندما يدرك المرشد ما الذي يحتاجه المسترشد يمكنه التقرير فيما إذا كان العلاج النفسي عبارة عن عرض مساعدة مناسب للمسترشد أم أن إمكانات المساعدة الأخرى أكثر فائدة للمسترشد

(قارن الفصل V).